

BIBLIOTHÈQUE DE PSYCHIATRIE

Dirigée par le P^r JEAN DELAY
de l'Académie française
Membre de l'Académie de Médecine
Directeur à l'Institut de Psychologie
Secrétaire : P^r agr. PIERRE PICHOT

PARANOÏA ET SENSIBILITÉ

*Contribution au problème de la paranoïa
et à la théorie psychiatrique du caractère*

PAR LE

D^r Ernst KRETSCHMER

Professeur de Psychiatrie et de Neurologie à Tübingen

TRADUIT DE L'ALLEMAND PAR

Mme S. HORINSON

en collaboration avec le D^r D. J. DUCHÉ



PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1963

Le présent ouvrage est la traduction française de :
DER SENSITIVE BEZIEHUNGSWAHN

*Ein Beitrag zur Paranoiafrage
und zur psychiatrischen Charakterlehre
von Dr. Ernst KRETSCHEMER*

(Springer-Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 3^e éd., 1950)

DÉPOT LÉGAL

1^{re} édition 2^e trimestre 1963

TOUS DROITS RÉSERVÉS

© 1963, Presses Universitaires de France

AVANT-PROPOS

A LA TROISIÈME ÉDITION ALLEMANDE

Le chapitre X que nous avons ajouté à la présente édition est consacré à l'étude du problème des structures pulsionnelles dans leur rapport avec le délire de relation sensitif. Nous avons pu ainsi établir une liaison avec nos recherches nouvelles, portant sur le mode d'évolution constitutionnel des pulsions dans les névroses. C'est dans les névroses que se manifestent de façon particulièrement nette les circuits des inter-réactions entre la personnalité totale et les pulsions qui y sont intriquées et qui possèdent une autonomie relative. Les résultats obtenus récemment dans le domaine de la physiologie du cerveau, ayant trait à l'intégration définitive et précise des centres pulsionnels confèrent à ces problèmes une importance accrue, également dans le domaine d'une psychopathologie plus différenciée. Les relations dynamiques entre les degrés d'importance des facteurs endogènes et des facteurs psycho-réactionnels inhérents à la personnalité paranoïaque sont étudiées en détails dans le chapitre en question, en tenant compte de l'état actuel des recherches.

Par ailleurs, il n'y a rien eu d'important à modifier ou à ajouter dans l'exposé des problèmes fondamentaux. Toutefois, un fait riche en enseignement doit être signalé : à savoir, que dans la différenciation des termes et des formules appliqués à diverses notions, nous nous sommes référés dans la première édition à la systématisation kraepelinienne de cette époque. A partir de ce moment, en passant par l'introduction à la deuxième édition, et jusqu'à l'état actuel de ces problèmes, on pourra suivre la transformation progressive de la psychiatrie clinique dans un de ses domaines cruciaux, notamment dans celui de la paranoïa. Cette évolution a poursuivi son chemin, bien qu'au début elle ait rencontré, comme on le sait, une opposition violente de la part des auteurs appartenant à l'ancienne école de Kraepelin. Cette évolution s'était orientée vers le diagnostic multidimensionnel, vers l'analyse structurale de la personnalité tout entière, en tenant compte de l'intrication

étroite des dispositions somato-endogènes et psycho-réactionnelles. L'orientation psychologique de cette évolution s'était faite sous le signe de la compréhension et de l'identification affective avec, pour conséquence, une action psychothérapeutique.

Nous devons signaler quelques publications parues entre temps : les travaux connus de Gaupp (1) où il expose ses idées sur son malade Wagner, une courte étude de Betz (2), *Ueber sensitive Wahnbildung nach Ehebruch* et la monographie de Jacques Lacan (3) : *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*.

Nous attirons expressément l'attention du lecteur sur le fait que ce nouveau chapitre (X) contient un résumé succinct de quelques problèmes essentiels ayant trait à la théorie moderne de la paranoïa.

Ernst KRETSCHMER.

Tubingen, juillet 1949.

(1) *Z. Neur.*, 163, 48 (1938).

(2) *Arch. Psych.*, 181, 294 (1948).

(3) Paris, Librairie Le François, 1932.

AVANT-PROPOS

A LA DEUXIÈME ÉDITION ALLEMANDE

La présente édition s'est enrichie de trois nouvelles parties importantes. Tout d'abord, de l'Introduction où nous résumons notre position à l'égard de l'état actuel du problème étudié ici, en le situant dans le cadre général du problème de la paranoïa. Ensuite, nous élaborons quelques points de vue nouveaux dans le domaine de la psychopathologie. Un nouveau chapitre (V) est consacré à l'exposé de diverses variantes et de différentes possibilités de conflits d'ordre érotique chez des sensitifs. Enfin, nous ajoutons un appendice : « A propos du délire amoureux » qui éclaire, en partie, un des secteurs qui s'intrique fréquemment au problème du délire de relation sensitif. Il nous a semblé tout particulièrement nécessaire de publier le récit détaillé de l'histoire amoureuse du jeune paysan Kerle, déjà esquissée dans la première édition de ce livre et dans notre *Psychologie médicale*. Ce cas, tout à fait remarquable et intéressant du point de vue psychologique, pourra être utile à la casuistique de la paranoïa chronique.

En outre, d'autres parties du texte de ce livre ont été légèrement remaniées. Tout spécialement, en tenant compte de l'état actuel de la systématisation clinique, nous avons essayé de rendre un peu plus élastiques, plus « typologiques » certaines formules en les délimitant de façon moins rigide et moins catégorique.

E. KRETSCHMER.

Marbourg, février 1927.

INTRODUCTION

Au cours des années qui se sont écoulées entre les deux éditions de ce livre, nous avons pu continuer à recueillir une documentation personnelle relative aux problèmes qui nous intéressent. D'autres chercheurs ont également rassemblé et publié un certain nombre d'observations et d'analyses se rapportant aux mêmes questions. Gaupp, dans une série de publications, décrit les étapes successives de l'évolution psychique du P^r Wagner. Ce qui nous intéresse particulièrement dans cette étude, c'est le fait que l'évolution psychique de ce malade ne se déroulait pas selon des schémas paranoïaques, rigides et progressifs, mais que des réactions psychiques s'adaptaient à la disparition des anciens stimuli extérieurs et à l'apparition de nouvelles situations, telles que, par exemple, la violente décharge affective produite par le meurtre collectif et le changement radical des conditions extérieures de la vie du malade, à la suite de l'internement. Ces deux événements constituent également dans l'évolution psychique de Wagner un large hiatus dans l'ensemble du tableau clinique.

Le délire de persécution systématisé et circonscrit, ayant sa source dans la tension conflictuelle éthico-sexuelle, s'estompe et le malade corrige, dans une large mesure, ses idées délirantes. Les prédispositions au délire sont évidemment conservées et se font, parfois, jour à nouveau dans les menus incidents de la vie de l'établissement. Toutefois, dans l'ensemble, les moments de tourments d'ordre moral que le sujet s'infligeait et qui l'apparentaient à nos sensitifs, perdent leur intensité extrême après une solution de violence. Dès lors, ces moments se présentent comme une phase close de l'existence du malade, phase reléguée dans le passé.

La tendance à la surestimation de soi, cette autre face de la personnalité de Wagner, se fraye alors un libre passage. Elle est exempte de la crispation antérieure — grâce à la réduction

des contrastes, elle s'extériorise avant tout dans les productions d'art dramatique. C'est une auto-libération par une auto-représentation qui ne se réalise pas sans un appoint d'ambition extérieure. La tendance à l'auto-représentation et l'étalage de son mépris des hommes y perçoivent toujours. Kehrer souligne surtout l'existence, chez Wagner, d'un trait général saillant, celui du ressentiment, ce qui est certainement un aspect important dans cet ensemble si complexe. Les traits rapportés par Gaupp ne se trouvent pas pour autant relégués au second plan ; ils ne sont que complétés par cette remarque.

Par la suite, K. Schneider et surtout Kehrer ont apporté des éléments psychologiques importants dans l'étude en profondeur du matériel ayant trait aux psychoses sensitives et autres formations délirantes apparentées. C'est Schneider, en particulier, qui a mis au centre de ces élaborations la notion « de l'expérience vécue ». Le problème qu'il avait soulevé est certainement plein d'intérêt. La question est de savoir si on peut considérer comme une expérience vécue l'amour, sans espoir, d'une jeune fille pour un prêtre catholique ? ou ne faut-il pas déjà considérer cet épisode comme l'expression d'une maladie mentale naissante ? La preuve que Schneider tente d'apporter en faveur de cette dernière hypothèse ne pourra jamais être établie, car il existe également quelque chose d'irrationnel dans un état amoureux normal. On voit même dans ce dernier cas que le sujet n'est pas toujours arrêté par le fait que son espoir est voué à l'échec, et que l'individu peut encore, de façon catathyme, franchir d'autres obstacles psychologiques (1).

Nous croyons cependant que l'on ne peut pas, en général, déterminer une réactivité psychique, en se basant uniquement sur certains cas isolés où il est souvent difficile de délimiter la notion de l'expérience vécue, au sens étroit du terme. On a plutôt affaire à une réactivité psychique dans tous les cas où un facteur psychologique externe coopère, en tant que cause essentielle, à l'éclosion de la psychose.

Il semble qu'il soit peu important de savoir alors si ce facteur psychologique externe agit en tant qu'expérience vécue isolée, limitée, saisissable ou en tant qu'effet des incitations constantes

(1) Evidemment, sans connaître personnellement le cas, nous ne nous permettons pas d'émettre une opinion à son sujet. Ce cas spécial rapporté par Schneider, présente-t-il seulement une affection paranoïde réactionnelle ou s'agit-il d'un stade initial d'une évolution paranoïde-sensitive, conditionnée par un caractère pré-psychotique, marquant le début d'un processus psychotique ? Occasionnellement nous avons aussi observé des faits analogues. Mais, ici il s'agit plutôt de la notion fondamentale qu'est une expérience vécue et de la possibilité de maintenir l'argumentation de Schneider.

d'un milieu, d'une situation vitale. Beaucoup d'expériences vécues ne se mettent à « flamber » que lorsque la situation vitale est suffisamment mûre. Il est alors oiseux de discuter si on doit considérer l'expérience vécue, en soi, comme facteur étiologique primordial. Bleuler et I. Lange parlent également des « accrocs dans la vie », de l'importance dominante des « conflits chroniques ». En outre, la personnalité comme telle participe, à son tour, en tant qu'élément créateur concomitant, dans chaque expérience vécue et dans chaque situation individuelle créées par le milieu. Nous l'avons fait ressortir dans ce volume, en d'autres occasions. Nous appelons « réactionnel » un état psychique où l'expérience vécue, éventuellement la situation liée au milieu, donnant naissance à cet état, n'a pas été créée uniquement par la personnalité elle-même.

En partant de ce point de vue, examinons tout le matériel relatif au délire de relation sensitif, c'est-à-dire les cas que nous avons étudiés nous-mêmes et qui ont été étudiés par les auteurs cités plus haut. Nous verrons que le gros de ce matériel abonde en conflits psychiques de caractère érotique.

Dans tous nos cas où sur un fond caractériel sensitif s'installe un délire de relation érotique bénin à polarisation psychologique, il s'agit, sans une seule exception, des individus dont la vie sexuelle n'est pas satisfaite. Ils sont, dans leur plus grand nombre, célibataires. C'est d'une part toute une légion de vieilles filles, de l'autre toute la masse de jeunes masturbateurs. Ces sujets forment toujours les deux angles les plus saillants du délire de relation sensitif. De plus, dans les cas les plus récents, nous comptons quelques amoureux timides et dédaignés ainsi qu'une veuve impliquée dans une liaison malheureuse. Kehrer rapporte le cas d'une femme (Grete Huld) très malheureuse dans sa vie conjugale — situation qui, d'après Kehrer, confirme la règle.

Cette petite statistique jette une lumière plus vive sur le problème de la réactivité psychique dans le délire de relation sensitif, que ne le fait la discussion sur la part incertaine qui incomberait aux expériences vécues, décrites dans quelques cas isolés.

Si le délire de relation sensitif constituait exclusivement une évolution autonome d'une personnalité ayant des prédispositions paranoïdes ou si les contenus psychologiques de cet état comportaient des symptômes accessoires et secondaires d'un processus schizophrénique ou paraphrénique latent — il serait tout à fait impensable que l'on puisse obtenir la répartition statistique esquissée plus haut. Car, si le facteur psychique extérieur avait

été secondaire, les prévisions statistiques auraient abouti à une répartition régulière des cas de maladie dans des situations vitales les plus diverses. La maladie aurait dû atteindre dans les mêmes proportions les couples heureux et malheureux en amour, des individus mariés ou non. Le fait que la formation des délires chez des individus à caractère sensitif est si exclusivement et si fortement favorisée par certaines situations vitales extérieures, montre précisément que ce facteur psychique externe n'est pas indifférent pour cette éclosion, mais au contraire, qu'il a pour elle une importance décisive.

Évidemment, la prédisposition personnelle est un facteur concomitant qui joue son rôle dans ces situations vitales extérieures, caractérisées par l'insatisfaction sexuelle. Tout particulièrement, la timidité et le manque d'assurance sexuelle des sensitifs pèsent de beaucoup sur la solution des problèmes dans ce domaine. Mais, il n'est nullement dit qu'une relation sexuelle satisfaisante ne saurait être réalisée par des sensitifs exclusivement à cause des lois inhérentes à la personnalité de ces individus. Car, ils ne présentent ni un autisme, ni une faiblesse instinctuelle, ni une froideur affective d'un degré tel comme on le rencontre dans certaines schizoïdies graves. La voie de cette réalisation sexuelle ne leur est pas tout à fait interdite grâce à leur caractère très affable, à leur valeur sociale, en moyenne élevée, et à une légère excitabilité érotique. En effet, on peut trouver dans les mariages heureux de nombreux individus à caractère sensitif, mais jusqu'à présent nous n'y avons pas encore trouvé un seul délire de relation sensitif à contenu érotique.

Nous devons donc, en accord avec Kehrler, insister avec force sur la réactivité psychique dans les formations délirantes de ce genre et dans les états qui leur sont apparentés. En outre, nous rencontrons toujours des cas, comme celui de notre Dr Kluge ou de Marie Ehrhard, de Kehrler, où le moment précis d'installation du délire de relation, lié à un grave choc extérieur, donc à une expérience vécue, dans le sens le plus étroit du terme, ne peut nullement être contesté. De plus, le présent ouvrage apporte suffisamment de preuves recueillies durant de longues années à l'aide des catamnèses, pour pouvoir démontrer également l'existence de la réactivité psychique sur le plan de l'évolution de la maladie. Nous pouvons prouver qu'il y a des cas de ce type qui n'aboutissent jamais à une dissociation schizophrénique, ni à un raidissement paranoïde de la personnalité. En outre, nous avons vu que ces individus manifestent une grande perméabilité à l'action psychothérapique à toutes les étapes de

la maladie, ce qui, après la résolution du conflit intérieur, amène tout simplement une guérison (comme dans le cas de Kehrler). Ou bien, on observe des oscillations très sensibles entre une amélioration et une aggravation en rapport avec les incitations psychiques externes.

Nous mettons un accent particulier sur les données obtenues par nos catamnèses. Elles nous permettent de suivre l'évolution des sujets durant des dizaines d'années et, dans certains cas, là où il a été en général possible de suivre ces anciens malades, ces périodes s'étendaient sur 15 à 20 années environ. Ce tableau évolutif ne permet plus de voir dans ces cas rien d'autre que des affections processuelles, recouverts d'une mince couche psychologique ; car, cette évolution aurait dû, entre temps, se manifester depuis longtemps. Même les cas les plus graves sont pratiquement guéris jusqu'à ces jours et ces anciens malades exercent depuis des années leurs métiers habituels. Des conclusions importantes pour toute la théorie de la paranoïa pourront être dégagées de ces constatations.

Toutefois, ceci laisse en dehors le problème de savoir si, en présence des dispositions correspondantes — des lignes d'évolutions sensibles peuvent s'introduire dans le stade initial des schizophrénies et des paraphrénies qui, ultérieurement, prendraient une allure progressive. Nous pouvons, avec certitude, donner une réponse affirmative à cette question, en nous basant sur notre propre expérience et sur les cas présentés par Lange-Lüddecke. Depuis que Bleuler nous a enseigné avec quelle force les complexes psychiques de différents genres agissent sur la formation des psychoses schizophréniques, il aurait été tout à fait étonnant que les complexes de nuance sensitive ne puissent occasionnellement jouer le même rôle.

Et depuis que Birnbaum, Bumke et autres, dans leurs recherches cliniques, se sont rapprochés de plus en plus de notre point de vue concernant le « diagnostic multidimensionnel », il a été plus aisé de mettre en lumière toutes les faces des cas isolés et complexes de ce genre.

D'ailleurs, aussitôt que des fluctuations processuelles sérieuses s'introduisent dans le soubassement endogène, notre expérience nous enseigne qu'elles ne peuvent jamais rester dissimulées derrière la surface polie d'un tableau psychologique si profondément uni, comme l'est celui du délire de relation sensitif. On voit alors apparaître dans la trame psychique, même dans les cas où la maladie débute sur un fond de réactivité psychique, des failles à travers lesquelles on voit sourdre des mécanismes parasites, schizophréniformes, ainsi que nous l'avons fait ressortir

en détail, lors du diagnostic différentiel des cas de Gaupp (1).

Des difficultés pronostiques sérieuses se posent dans les cas où des mécanismes de types de « réactions schizophréniques » (Popper, Kahn) surgissent, aux points culminants d'un trouble sensitif, pour disparaître ensuite sans laisser de traces.

Il est évident que l'existence des cas sensitifs avec intrications processuelles n'exclut pas l'existence du groupe qui se signale exclusivement par sa réactivité psychique et *vice versa*. Entre les affections délirantes paranoïaques et paraphréniques (év. schizophréniques), entre celles de réactivité psychique et celles conditionnées par des processus endogènes, il y a tous les degrés de transition, toutes les graduations d'interférences des composantes causales psychologiques et processuelles. C'est la raison pour laquelle il est si difficile de différencier rigoureusement le délire de relation sensitif — des psychoses endogènes, telles que le délire de revendication et les psychoses carcérales.

Les problèmes soulevés dans notre discussion ne se rapportent pas spécialement au délire de relation sensitif mais sont, en général des problèmes fondamentaux de la psychogenèse. Ceci ne peut être souligné avec assez de force. La discussion entamée par Schneider au sujet de la notion de l'expérience vécue pourrait également bien être envisagée à propos de l'hystérie ou du délire de revendication. La question de l'intrication des mécanismes psychogènes dans les psychoses processuelles touche, dans la même mesure, d'autres groupes d'affections psychogènes. Le problème des récides éventuelles dans les affections endogènes ou réactionnelles reste pour nous également ouvert dans tous les cas de nos sensitifs, même après une période prolongée de santé psychique. Il en est de même pour tout individu à hérédité lourdement chargée, ayant présenté à un moment donné une réaction hystérique, de revendication ou toute autre réaction de caractère psychogène.

La position du délire de relation sensitif a été quelque peu déplacée par rapport aux syndromes voisins à la suite des recherches effectuées ces dernières années. Les travaux de Wetzel et surtout ceux de Raecke, ainsi que notre propre documentation, recueillie récemment, ont permis d'affiner la conception du délire de revendication. Ces deux auteurs et nous-même, avons cherché à déceler le délire de revendication tel qu'il est décrit dans les traités et nous ne l'avons pas trouvé ou, du moins, rarement et comme des cas limites extrêmes. Ce

(1) Comparez également : KRONFELD, Ueber schizophrene Veränderungen des Bewusstseins der Aktivität, Z. Neur., 74 (1922).

délire de revendication surgissant d'un point isolé, évoluant inexorablement vers la chronicité, d'après un schéma paranoïaque rigide et progressif, est un cas limite rare de quérulence survenant dans les conditions particulièrement défavorables. Ces malades ne peuvent être nullement considérés comme des exemples cliniques ou des représentants du groupe d'ensemble des revendicateurs. En d'autres termes, les sujets dits « pseudo-revendicateurs » sont une majorité si prépondérante et les « revendicateurs vrais » sont tellement rares que cette nomenclature aboutit par elle-même à un non-sens. Le tableau évolutif typique de la paranoïa expansive, des névroses et des psychoses de revendication est plutôt, d'après notre expérience, qui s'accorde en cela entièrement avec celle de Raecke, le suivant : état psychopathique permanent de la personnalité expansive, quérulente, excitable ; dans le courant de la vie, il s'y greffe des réactions paranoïdes, toujours nouvelles, en réponse aux expériences vécues, réactions qui, le plus souvent, approchent seulement les frontières du délire et ne les dépassent que parfois. Ces réactions paranoïdes dues exclusivement à l'action du milieu sont et restent, pour la plupart, extériorisées au sein de l'entourage et sont, jusqu'à un certain degré, accessibles à la psychothérapie. Dans les cas les plus défavorables, de telles réactions isolées peuvent s'interpénétrer et s'accumuler jusqu'à ce qu'il en résulte un état de revendication persistante toute la vie (il n'est pas centré sur un seul événement et ne se présente pas toujours comme un délire fixe). Tel est le cas célèbre du baron Munch décrit par Wetzel. Si les conditions du milieu subissent un changement favorable, les syndromes de revendication tendent à disparaître ; ils peuvent rester isolés ou réapparaître plusieurs fois dans la vie ; ils subissent des fluctuations psycho-réactionnelles en rapport avec le milieu extérieur.

Le véritable tableau de la revendication est beaucoup plus souple, plus réactionnel que celui que l'on trouve traditionnellement dans les traités. Il correspond essentiellement, dans les cas légers, comme dans les cas graves, au tableau évolutif du délire de relation sensitif et à tous les états apparentés de réactivité paranoïde. En d'autres termes : les affections paranoïaques psychogènes paraissent, d'après l'état actuel de la recherche, se dérouler toutes selon un schéma d'évolution fortement voisin. Ce schéma ne paraît varier que dans une certaine mesure, selon la ténacité et la fermeté des caractères qui les sous-tendent : dans les « délires imaginatifs des dégénérés » (Birnbäum), les affections paranoïdes se caractérisent particulièrement par un relâchement, par une facilité de désarticulation et par une

influçabilité par le milieu, suivant en cela la labilité de ces personnalités primitives ; chez les revendicateurs, ces troubles deviennent plus tenaces, plus stables, plus systématisés et plus persistants sans pour cela que chez les individus de cette catégorie la réactivité aux stimuli extérieurs cède la place à une progression systématique et rigide.

On peut dire : le délire de revendication, le délire de relation sensitif, les psychoses de désir, le délire amoureux, le délire de grâce et les groupes cliniques apparentés constituent le reliquat de la paranoïa classique, après que l'on ait éliminé de cette dernière des paraphrénies et des états stationnaires présentés par des individus originaux (comme certains sectaires, prophètes, inventeurs). Nos catamnèses des sensitifs et des revendicateurs nous forcèrent donc de reviser, en général, la doctrine clinique de la paranoïa. Il est vrai que ceux que l'on appelle encore aujourd'hui des paranoïaques, c'est-à-dire des individus présentant des troubles paranoïdes à réactivité psychique, rappellent très exactement les sujets atteints des affections paranoïdes des anciens schémas de la paranoïa, dans la mesure où il s'agit du début ou de la formation initiale des symptômes. Par la suite, il se constitue chez ces malades un système délirant fermé, issu d'un seul point avec élaboration psychologique logique. Cette évolution ne correspond pas forcément aux schémas paranoïaques habituels, elle y correspondrait tout au plus, dans certains cas particulièrement tenaces, quant à leur évolution ultérieure, leur pronostic et leur thérapie. Dans la plupart des cas, il ne s'agit pas du tout d'une évolution inexorable vers la chronicité. On observe plutôt une tendance prononcée aux rémissions. Fréquemment, les malades sont guéris après leur première atteinte, dès qu'intervient un changement favorable des facteurs psychiques tenant au milieu et aux expériences vécues, ou après l'institution d'une psychothérapie en profondeur. Cette tendance accentuée aux rémissions ressort nettement, même dans les systèmes délirants graves, présentant une structure paranoïaque classique, tel le cas Wagner, exposé par Gaupp. On observe cette tendance dans les cas où il s'agit des réactions psychiques véritables, polarisées sur l'expérience vécue et non dans les cas où viennent s'ajouter des composantes relevant d'un processus paraphrénique. Après la disparition de la réaction paranoïaque aux expériences vécues, il reste une personnalité psychopathique très labile, prédisposée aux délires. Il est certain que dans les cas légers, comme par exemple, dans des névroses paranoïdes de masturbateurs que l'on voit journellement en clientèle, la guérison se maintient.

I. Lange formule ses conclusions tout à fait dans le même sens : « Les modifications intercurrentes à la situation conflictuelle extérieure mettent fin à la formation délirante. Il est évident, au contraire, que la persistance tenace des difficultés extérieures qui harcèlent continuellement le malade, ne permet pas la disparition du délire. »

Dans les cas graves, deux facteurs troublent le pronostic. En premier lieu, l'existence des prédispositions paranoïaques accentuées qui peuvent faire surgir, pour des motifs insignifiants, d'autres accès paranoïaques et, si on peut s'exprimer ainsi, produire toute une chaîne de réactions paranoïaques. Le cas classique de délire de revendication du baron Munch rapporté par Wetzel, illustre très bien cet état. Il s'agit alors, pour la plupart, d'une chaîne de réactions dont les causes extérieures sont variables et dont le caractère délirant est fluctuant, mais non d'un délire systématisé, fermé, qui évolue progressivement vers la chronicité. En second lieu, dans les cas graves, dans tous les groupes de paranoïaques, il s'agit non seulement de réactivité, mais aussi d'une labilité endogène des personnalités gravement tarées. Dans ces cas, il faut s'attendre, même très longtemps après la guérison de la psychose paranoïaque réactionnelle, à la possibilité d'éclosion d'une psychose endogène de tout autre ordre, soit plus proche des affections circulaires ou plus proche de la schizophrénie. Nous en avons rapporté deux exemples (cas Feldweg et Schlecht). En outre, il faut compter avec la possibilité d'intrication des composantes endogènes et réactionnelles dès le début de la psychose. Nous l'observons dans les amplex oscillations des phases maniaques chez certains quérulents ou dans certaines schizophrénies qui débutent sous le signe de réactions à certains épisodes vécus. Nous assistons aussi dans certaines paraphrénies à une fusion des élaborations de l'expérience, systématisées et centrées, avec une lente progression processuelle. Les anciens schémas paranoïaques devraient avoir leur point de départ dans cette fusion. Un observateur clinique attentif peut trouver, dans les psychoses paranoïdes, toutes les formes de transition et d'alliage, en commençant par des cas psychologiques réactionnels des sensitifs purs, des quérulents et des sujets atteints de psychoses de désir, en passant par des cas « multidimensionnels » avec intrication complexe des composantes psychogènes et processuelles, jusqu'aux cas typiques schizophréniques, paranoïdes et dissociés.

Les relations psychologiques entre le délire de relation sensitif et la névrose obsessionnelle nous apparaissent actuellement sous un jour un peu différent, grâce à nos observations personnelles

et aux analyses remarquables de H. Hoffmann et de Strohmayr. Ces données ont été, d'autre part, confirmées dans leurs points principaux par les constatations faites par Freud. Si, à l'époque de la première édition de ce livre, nous étions enclins à penser que les dispositions caractérielles des sensitifs et des obsédés étaient presque analogues, nous voudrions aujourd'hui relever, dans ce domaine, des différences plus précises. La note psychasthénique fondamentale, la scrupulosité et l'hypertrophie de la valorisation éthique sont communes aux deux groupes. Par contre, les obsédés présentent des différences tout à fait fondamentales en comparaison avec notre groupe de paranoïdes. Leur structure pulsionnelle est, pour la plupart, très complexe, souvent perverse, partiellement soumise à la pression des impulsions incompatibles. Cette couche profonde du psychisme qui livre la clé véritable de la formation de leurs symptômes, se dissimule derrière une attitude ferme et rigide de prudence difficile à pénétrer et qui, nécessairement, échappera au clinicien qui ne cherche qu'à décrire des symptômes. Cet état se rencontre souvent chez l'obsédé tourmenté, sado-masochiste. Un noyau d'égoïsme grossier est souvent masqué par des vastes structures de surcompensations altruistes. A cela s'ajoute encore une pédanterie démesurée. Les paranoïques sensitifs, en comparaison avec ces obsédés, paraissent psychologiquement plus simples. On voit fréquemment chez eux, d'une part, une immaturité et un déséquilibre de tendances sexuelles et, d'autre part, une plus grande simplicité des pulsions. Ils paraissent également plus doux, plus bienveillants et, avant tout, ils ont un contact social plus facile et ils sont plus accessibles à l'investigation médicale.

Nous considérons actuellement, comme nous l'avons fait par le passé, que les bases biologiques ont une grande importance dans le délire de relation sensitif et dans les réactions paranoïques qui lui sont apparentées. Nous les envisageons comme composantes causales fondamentales, donc comme : 1° Une sorte de faiblesse de la constitution sexuelle, souvent vérifiable, qui peut également se manifester par des troubles somatiques de la puberté, par une dysménorrhée, etc., et qui, en tant que manque d'affirmation de l'instinct, conditionnent essentiellement une incapacité caractérologique à résoudre les conflits éthico-sexuels (des vues analogues sur le problème de la paranoïa sont formulées par Freud, Bleuler, Kehrér, I. Lange et autres) ; 2° Dans les cas graves, le paranoïque peut receler des éléments importants d'une hérédité schizophréno-schizoïde ou présenter d'autres tares endogènes. Dans beaucoup de cas, ces éléments

sont très prononcés (Economo, Hoffmann, Kehrér et autres). Cette hérédité se fait jour dans certains aspects de la structure de la personnalité du paranoïque, même si chez lui, comme chez certains membres de sa famille, aucun processus endogène morbide ne s'était produit ; 3° Des causes secondaires, mais importantes, pour le déclenchement de certaines réactions paranoïques peuvent avoir leur source dans des éléments qui diminuent la force de la résistance du système nerveux central : nous l'avons démontré en détails dans les cas de traumatismes cérébraux et dans l'épuisement. Toutes ces données biologiques ont de l'importance pour la production des réactions paranoïques, mais elles ne leur sont pas spécifiques, c'est-à-dire qu'on les retrouve également dans les prédispositions à d'autres psychoses et à d'autres névroses. Mais, ce qui, à partir de ces prédispositions biologiques générales non spécifiques, fait le paranoïque, c'est précisément une situation psychologique spécifique, c'est la rencontre d'un caractère déterminé avec les influences déterminées provenant du milieu et des expériences vécues.

Notre longue expérience nous a permis de nous former une opinion assez nette sur la fréquence du délire de relation sensitif. Parmi les maladies psychiques, les paranoïques constituent, en général, un groupe numériquement peu important et les subdivisions de ce groupe sont encore moins fournies. Toutefois, on rencontre à la Clinique de Tübingen, en moyenne, un ou deux cas nets de délire de relation sensitif par an. On ne peut donc considérer cette maladie comme une rareté psychiatrique. Le délire de relation sensitif était, en tout cas parmi notre population souabe, certainement plus fréquent que le délire de revendication. Nous n'avons rencontré ce dernier qu'occasionnellement à quelques années d'intervalles. Évidemment, en clientèle privée, des névroses de relation légères sont plus fréquentes. Il s'agit alors tout spécialement des masturbateurs et des vieilles filles qui s'adressent rarement à des consultations publiques et souvent ne se font pas du tout soigner. Il est fort possible que le délire de relation sensitif se présente peut-être un peu plus fréquemment dans la population souabe que dans d'autres populations, car les Souabes ont une tendance à la rumination mentale et à la dépression. Il est probable que le délire de relation sensitif, du fait de son caractère réactionnel au milieu — caractère qui est très marqué — soit favorisé par une morale strictement traditionaliste dont l'ambiance de certains milieux paysans et petits bourgeois est imprégnée. Le matériel dialectique de Friedmann, Giehrlich, Kehrér, la position prise par

Bumke et par d'autres chercheurs éminents montre que le délire de relation sensitif et les formes qui lui sont voisines se rencontrent dans les populations les plus différentes et dans les grandes villes également. Au cours des six premiers mois de notre activité à la clinique de Marbourg nous avons déjà pu voir deux sujets originaires de la province de Hess. De toute façon, pour déceler ces cas, en général, il est nécessaire de les bien approfondir. Ce qui prend beaucoup de temps. Il faut également établir un contact affectif psychothérapique avec ces malades. Les procédés habituels de descriptions, employés en psychiatrie de surface, ne permettront jamais de découvrir un délire de relation sensitif. Par conséquent, on peut faire foi aux affirmations de certains auteurs qui disent ne l'avoir jamais rencontré.

Il faut être reconnaissant à Kehrér d'avoir rassemblé des cas où apparaissent des formations délirantes érotiques chez des femmes sexuellement insatisfaites. Cet auteur a suivi le chemin inverse du nôtre, en partant non du caractère, mais des situations particulières créées par l'expérience vécue et par le milieu. Ce genre de classifications est tout à fait justifié. Il peut évidemment compléter, mais non remplacer, les considérations d'ordre caractérologiques. Nous considérons comme des facteurs essentiels, même chez les paranoïaques, les prédispositions, la personnalité, tout en attribuant une grande valeur aux stimuli psychiques externes. Et nous croyons, par conséquent, que, sans négliger ces facteurs externes, la classification clinique doit, en premier lieu, se baser sur la personnalité.

Si on se place sur le terrain caractérologique — le cas si subtilement élaboré par Kehrér — celui de son malade Arnold, avec son délire de masturbation et ses sentiments d'insuffisance d'ordre professionnel, cadre en partie avec le délire de relation sensitif comme le fait remarquer cet auteur lui-même. Parmi les malades femmes atteintes de délire de relation sensitif, Grete Huld et Marie Ehrhard s'en rapprochent également, car toutes les deux possèdent un sentiment d'honneur ou des aspirations sociales élevées qui contrastent avec leur psychasthénie, avec leur manière d'être effacée, avec la timidité, la réserve, l'idéalisme, la scrupulosité et l'attitude éminemment éthique. Leur délire de relation est construit sur des conflits basés sur l'humiliation, découlant des sources caractérielles énumérées plus haut. A côté de cela, ces trois malades montrent à peu près comme nous le verrons chez notre malade, le jeune paysan K..., des traits communs tels que des désirs à caractère paranoïde, qui, chez Arnold, évoluent plutôt par crises, chez les deux sujets

féminins de façon peut-être plus logique et prolongée. L'évolution du délire chez ces trois malades est typique, elle s'oriente vers un simple délire amoureux ou vers une sublimation en extase religieuse.

Dans le cas « Elsa Boss » de Kehrér, on voit une tout autre structure caractérielle. Ce cas enrichit de façon très heureuse la dialectique indigente d'un groupe caractérologique, qui, comme nous l'avons déjà signalé ici, peut également rentrer en ligne de compte comme source occasionnelle d'un délire réactionnel et qui est d'une autre tonalité que le délire sensitif. De toute manière, le cas « Elsa Boss » frappe par sa ressemblance avec un des cas de Friedmann. Il s'agit ici d'une prédisposition qui s'apparente à ce qu'on nomme le « caractère hystérique » : un fort besoin de valorisation, une avidité de jouissances superficielles, des traits hystériques familiaux, une coquetterie prononcée et, en même temps, une sexualité qui, au fond, n'est pas suffisamment mûre et qui élude des liens sérieux et définitifs. La déception de rester vieille fille, vulgairement parlant de rester « un laissé pour compte », amène ici des fantasmes érotiques nets, qui s'intriquent de façon superficielle avec les idées de relation ayant pour thème d'être compromise devant le monde.

L'expérience clinique nous enseigne que ce ressentiment d'ordre érotique, éprouvé par ces caractères, plutôt primitifs, se traduit, dans la grande majorité des cas par une névrose hystérique. Le petit groupe paranoïaque que l'on trouve dans ce type de psychoses de vieilles filles et que nous avons observé parmi nos malades montre, à côté d'un nombre restreint de cas voisins du délire de relation, encore des formes de délire de préjudice, de structure très primitive, dont le contenu est constitué par une simple rancune. C'est la « Cendrillon », la fille aînée toujours humiliée qui, pour se venger, empoisonne la vie de ses familiers par son amertume et sa méfiance ; ensuite les amoureuses, persécutrices haineuses, telles que les décrit Heilberonner.

Entre temps, les types de psychopathe sensitif et de paranoïaque sensitif ont conquis droit de cité dans la plupart des traités modernes (Bumke, I. Lange, Reinhardt, K. Schneider). Ewald, en particulier, s'est attaché au côté purement caractérologique, qu'il a étudié à fond en suivant le schéma que nous avions présenté antérieurement dans notre livre. Il a essayé de fusionner les éléments de notre propre théorie des tempéraments avec les idées qui lui étaient personnelles, tout spécialement celles qui se rapportaient à la théorie du biotonus. Il a fait siennes la plupart des notions fondamentales de notre

schéma, en particulier les notions d'impressionnabilité, de capacité de rétention, de l'activité intrapsychique et de capacité de conduction des caractères sthéniques et asthéniques, comme également de la notion de répression qui forment les éléments principaux de ses descriptions caractérologiques. C'est par cette voie que les notions que nous avons élaborées avaient trouvé, après des essais pratiques, leur application dans la fiche d'examen biocriminologique employée en Bavière. La notion de biotonus psychique d'Ewald est susceptible, en certaines circonstances, d'être appliquée dans le domaine psychiatrique. Il faut, toutefois, avoir présent à l'esprit le fait que si, actuellement, nous ne connaissons pas grand-chose des bases empiriques de cette notion de biotonus, sa valeur heuristique n'est pas négligeable. Par contre, nous sommes très sceptiques à l'égard de la tentative d'Ewald visant, déjà actuellement, à une séparation nette de la notion du tempérament de celle du caractère. Antérieurement, nous avons essayé de séparer de la même façon le terme « Tempérament » qui se réfère aux facteurs structuraux de la personnalité, d'ordre plutôt humoral, des facteurs appartenant à « l'appareil psychique », dont la base se trouve dans la structure particulière du système nerveux. Sur ce point nous nous associons entièrement aux efforts éclairés d'Ewald. Nous trouvons cependant tout à fait prématuré, dans l'état actuel de nos connaissances, encore insuffisantes, de vouloir déterminer, à l'échelle préconisée par Ewald, quels sont les éléments de la personnalité qui relèvent de l'un ou de l'autre de ces domaines. Nous prévoyons, pour une longue période, la nécessité de tenir compte de l'intrication tellement étroite de ces deux facteurs qu'une séparation aussi tranchée de ces notions nous paraît être vouée à l'échec. Les recherches sur les glandes à sécrétion interne (glande thyroïde, glande génitale, etc.), montrent que les propriétés psychesthésiques d'excitabilité et d'obtusion dépendent si intimement des facteurs humoraux qu'il est tout à fait impossible que ces dispositions soient isolées de la notion de tempérament, prise dans un sens plus humoral. Il s'agit encore moins de les opposer. Mais, ces relations psychesthésiques sont à leur tour tout à fait fondamentales pour la « disposition réactionnelle » du système nerveux, dispositions, considérées par Ewald comme base de sa notion du caractère, de même que nous le faisons ici pour le délire de relation sensitif. Nous voyons que vouloir définir cette notion nous amènerait à des contradictions insolubles. Nous pourrions l'appuyer par beaucoup d'autres exemples. Il est évident que nous ne voudrions nullement contester toute valeur à une élaboration de

ces problèmes aussi réfléchi et conséquente que celle d'Ewald. Mais la définition d'une notion ne doit pas ici anticiper sur l'état empirique de la connaissance.

Quant aux traits psychologiques plus subtils, voici ce que nous relevons encore dans les observations faites depuis ce temps : dans nos catamnèses — la guérison des psychoses sensitives est obtenue toujours par la voie d'une sublimation religieuse qui sans aucun doute, représente ici un essai de réorganisation de la personnalité, altérée par la névrose. Cette reconstruction est réalisée par une synthèse portant sur la conception du monde ou une résolution des conflits personnels intérieurs, d'ordre éthico-sexuel grâce à l'acquisition d'une « ligne de conduite » supra-individuelle. Hélène Renner se sent actuellement « protégée par la Providence », « se cramponne à Notre Seigneur » comme le fait également Anna Feldweg ; le Dr Kluge s'est converti au catholicisme et va à la messe tous les jours. Chez le Pr Wagner, dont la personnalité est beaucoup plus sthénique, le système délirant paranoïde, au cours de son évolution, se transforme de la même manière en des sentiments prophétiques et messianiques d'inspiration nietzschéenne. Au point culminant de la paranoïa, ils constituent encore une sorte de délire des grandeurs, surexcité et compensateur qui, lors du séjour dans une maison de santé, s'oriente petit à petit, grâce à une auto-libération par des créations littéraires, vers les eaux navigables de la psychologie normale. Ici encore nous avons ce que nous pouvons appeler « la fuite vers le supra-individuel ». C'est une résolution de la tension intra-psychique conflictuelle par son élévation dans la sphère du Destin, de l'Éternel humain, de la transposition en idées poétiques. Chez Wagner, cette fuite dans le supra-individuel ne s'opère pas de la même façon que dans nos autres cas, dans le sens d'une pratique religieuse intense. Elle se fait nettement par des « identifications » continues avec les personnages tragiques célèbres : avec le Messie martyrisé, avec Nietzsche, avec Louis II de Bavière. Précisément, dans les dernières pièces dramatiques de Wagner, cette tendance de l'ancien paranoïaque à objectiver ses propres conflits intérieurs en les projetant sur une autre personnalité, apparaît très nettement, comme, également, le désir de mettre, grâce à cette projection, une distance réelle entre lui et son propre conflit, afin de le détacher de l'individuel. Il s'agit, en conséquence, d'un phénomène qui nous est connu comme typique dans la psychologie des écrivains normaux.

Il y a parmi nos malades quelques-uns chez lesquels une composante de ressentiment existe parallèlement à la ligne sensi-

tive, proprement dite. C'est pour cette raison qu'il est intéressant d'étudier jusqu'à quel point le ressentiment seul peut créer des sentiments de relation. Le cas de Krumm a été riche d'enseignement dans ce domaine. Ce malade a été traité par nous pour un délire de relation pendant de longues années. Les investigations n'ont montré rien d'autre qu'un « type adlérien » au cachet classique, un névropathe infirme ayant un désir nostalgique de vivre. Lorsque, ultérieurement, nous sommes passés aux associations libres, des mécanismes sensitifs véritables apparaurent, sous-tendant cette première couche de la personnalité. C'étaient notamment des sentiments de culpabilité sexuelle grave, conditionnés par des manquements à l'égard de petites filles lors de la jeunesse du sujet. De façon analogue, dans le cas Wagner, le délire de relation intense gravite tout à fait électivement autour des sentiments de culpabilité sexuelle et non autour de son ressentiment, en tant que maître d'école, qui, pourtant, était très prononcé chez lui et qui présentait une grande importance pour d'autres aspects de sa paranoïa. Actuellement, nous avons en traitement un cas de délire de relation dont l'analyse n'est pas encore entièrement terminée. Le motif du ressentiment (le sujet échoue dans une couche sociale inférieure, sans qu'il en soit responsable) a été immédiatement bien mis en lumière. Pendant longtemps on ne trouvait rien d'autre à l'exploration la plus minutieuse. Ce sont seulement les associations libres qui ont fait ressortir une triste histoire de fiançailles rompues avec des sentiments pénibles de culpabilité. Il s'en est suivi une véritable libération psychothérapique des affects qui ne s'était jamais produite auparavant.

En nous basant sur ces expériences multiples, nous sommes de plus en plus enclins à croire que dans les cas de réactivité psychique (non dans les cas de processus), là où on voit surgir un délire de relation particulièrement intense, à ramifications subtiles, il faut chercher, en premier lieu, des sentiments dissimulés d'une culpabilité intérieure et surtout il faut le faire dans les cas où d'autres mécanismes psychologiques paraissent plus facilement et plus nettement s'imposer. Car ces autres mécanismes, et spécialement le ressentiment, pourraient agir fortement pour soutenir et pour accentuer l'édification du délire de relation. Il en est ainsi dans les expériences des femmes célibataires vieillissantes, où le ressentiment extérieur et les luttes intenses s'intriquent fréquemment et intimement avec le sentiment de culpabilité.

Nous n'avons pas exclu la possibilité d'autres types de psychogenèse du délire de relation plus subtil. Bien que le maté-

riel apporté par Friedmann et Kehrler, puisé dans le groupe plus primitif des coquettes hystériques soit peu abondant, il faudra à l'avenir, même dans ces cas, rechercher attentivement si, parallèlement aux mécanismes primitifs prépondérants, il n'existe pas de sentiment de culpabilité. En tout état de cause, une simple exploration, sans une technique psychothérapique pénétrante, ne permettra pas toujours de mettre ces sentiments en lumière.

En soi-même, le ressentiment, comme tous les mécanismes psychiques relevant d'une hypertrophie d'un moi fort, crée tout naturellement des sentiments paranoïdes de préjudice, et par là, en même temps, un délire de relation tout à fait grossier, peu nuancé, tel qu'on le voit dans la vie courante chez presque tous les individus ambitieux qui se sentent socialement diminués ou surpassés dans leurs carrières professionnelles. Les sentiments de relation chez des individus sujets aux ressentiments comme, par exemple, les subalternes ambitieux, sont teintés de peine ; ils sont peu complexes et sont créés par des situations déterminées et se rapportent à des personnes déterminées. Ces sentiments surgissent toujours de nouveau sans s'enrichir de ramifications subtiles. Ils se distinguent grandement, en ce qui concerne leur degré et leur tonalité affective, des idées de relation élaborées avec des détails d'observation les plus fines par un masturbateur, tourmenté par sa conscience qui croit toujours que tous les regards le visent et que tous les propos contiennent des allusions à son égard. Nous ne parlons, ici, que de ce délire de relation plus intensif, plus limité, dans la mesure où il se réclame d'une réactivité psychique et non d'un processus.

En somme, on pourra résumer l'ensemble des rapports psychologiques de toutes les formes réactionnelles plus subtiles du délire de relation par cette formule heureuse de I. Lange : il s'agit dans ces mécanismes sensitifs des « lois générales de la psychologie humaine, qui entrent en action plus fréquemment chez des sujets à caractère sensitif que chez les autres ». Ou, pour être plus explicite : plus un caractère est sensitif, plus, le cas échéant, sa réaction aux complexes de culpabilité sera spécifique et s'exprimera par un délire de relation finement structuré. Et, au contraire, là où nous trouvons, occasionnellement, un délire réactionnel à fines ramifications chez une personnalité qui n'est pas éminemment sensitive, nous devons employer des méthodes d'analyse les plus pénétrantes, nous devons les orienter vers la recherche des complexes de culpabilité et diriger les investigations vers les côtés de la personnalité, susceptibles d'engendrer de tels complexes. Ces côtés de la

personnalité conditionnent une parenté partielle avec les sensifs — parenté qui peut être dissimulée derrière une façade de coquetterie et de dureté. Car, l'individu qui présente une faiblesse du sens moral n'est nullement capable d'éprouver un sentiment d'humiliation du fait de cette insuffisance (1).

(1) Ce que nous aurions encore à ajouter au problème de la paranoïa a été exposé de façon magistrale dans une monographie par I. Lange. Il y analyse si bien tous les points de vue que nous pouvons, pour la plupart, adhérer à toutes les excellentes formules de cet auteur.

CHAPITRE PREMIER

PSYCHOGÈNE ET PARANOÏAQUE IDÉE PRÉVALENTE ET PARANOÏA ABORTIVE

Wernicke rapporte dans son traité le cas d'une femme célibataire de 40 ans, professeur dans l'enseignement supérieur de jeunes filles, qui était secrètement amoureuse d'un de ses collègues. Il lui semblait que celui-ci répondait par le réciproque. Elle s'était complètement imprégnée de cette idée et croyait en trouver la preuve dans les événements les plus insignifiants de la vie quotidienne. Elle finit par avoir la certitude qu'un beau jour ce professeur allait se déclarer ; mais celui-ci quitta la ville sans avoir soupçonné les sentiments qu'il avait inspirés. A la suite de cette expérience amoureuse, un délire de relation systématisé s'était développé chez cette femme : les élèves, les collègues, hommes et femmes, étaient au courant de cette affaire, changeaient d'attitude à son égard, faisaient, en passant, des allusions outrageantes, le directeur aurait dû s'en mêler, finalement, elle s'était fermement persuadée que les intrigues de tout le corps enseignant avaient anéanti les espoirs qu'elle nourrissait à l'égard du jeune homme. Wernicke, qui suivait cette femme dans son travail professionnel plusieurs années après qu'elle fut tombée malade, la décrit comme une personne cultivée, subtile, ayant des conceptions élevées de l'honneur et du devoir. Bien que sa vie affective ait présenté une vive excitabilité, cette femme montrait dans ses relations amoureuses une réserve qui allait jusqu'à la prudence. Elle exerçait sa profession avec zèle et dévouement. Son travail la surmenait à l'extrême.

Ce tableau illustre ce que Wernicke appelle une *auto-psychose circonscrite*, basée sur l'idée prévalente. Les considérations de

cet auteur ayant trait à cette maladie jettent un premier faisceau de lumière sur notre tableau clinique. La façon dont Wernicke aborde le problème est caractéristique pour les avantages et les inconvénients de ses procédés de recherches. Son approche du problème explique pourquoi cette notion de l'idée prévalente, comme ses autres conceptions nuancées, étaient restées, pour ainsi dire, en dehors des courants qui caractérisaient le développement ultérieur de la psychiatrie clinique et pourquoi elles n'ont pas trouvé d'utilisation dans ce domaine. L'auto-psychose circonscrite basée sur l'idée prévalente est un fait trouvé par l'observation, mais ceci ne constitue pas un tableau clinique. Wernicke avait recueilli ce fait sans avoir eu soin d'aller jusqu'au fond du problème.

Il a établi qu'il existait des formes circonscrites du délire de relation sensitif, découlant directement d'une expérience réelle ; que le noyau central de ce délire continuait longtemps à être fixé à cet événement. « La formation de l'idée prévalente est favorisée surtout par des expériences dont le contenu est tout particulièrement difficile à assimiler, c'est-à-dire des expériences que le contenu déjà existant de la conscience ne peut tolérer. » Il donne, pour le prouver, l'exemple d'un rentier de 61 ans chez qui un délire de relation sensitif s'était constitué. L'expérience vécue qui était à sa base avait trait au fait que le sujet n'avait pas tenu la promesse de mariage donnée à une jeune fille lorsque la situation financière de celle-ci s'était avérée précaire. Cette façon d'agir était en contradiction avec la loyauté habituelle qui caractérisait le malade.

Les expériences de ce genre ne sont pas parfois épargnées à des individus dont la vie psychique est tout à fait normale. Wernicke trouve que la raison pour laquelle de telles expériences conduisent à un délire de relation sensitif est l'accentuation particulièrement élevée des affects qui accompagnent cette expérience.

Cette explication épuise pour lui le problème. Il refuse de pénétrer plus profondément dans le soubassement clinique de l'idée prévalente. Nous sommes surpris, lorsque cet auteur, après avoir fait jaillir une vive lumière psychologique dans l'esquisse qu'il venait de faire, affirme que n'importe quel événement peut contribuer à la formation d'une idée prévalente et que le genre de l'affect n'y joue aucun rôle. Plus loin, Wernicke affirme encore qu'une idée prévalente peut constituer le stade initial d'une psychose évolutive aiguë ou subaiguë, paralyse incluse, et que, en tant qu'épiphénomène, elle manque rarement dans la mélancolie. C'est ainsi que l'auteur efface les

contours d'un tableau clinique qu'il avait nettement devant les yeux et qui était basé sur le caractère et sur l'expérience vécue. L'auteur se limite donc à tracer superficiellement un complexe de symptômes, il se refuse à la fin de rechercher les conditions caractérologiques, en faisant remarquer brièvement que chez la malade en question, il n'existait pas de fond psychopathologique.

Dans les *Beiträge zur Lehre von der Paranoïa*, Friedmann traite le cycle des auto-psychozes circonscrites non du point de vue abstrait de la symptomatologie, comme le fait Wernicke, mais il pose le problème sur une large base clinique, particulièrement dans la perspective d'un diagnostic différentiel, d'ordre pratique. Les histoires de maladies, matériel riche et précieux, apportées par Friedmann, que l'on trouve dans son traité, seront utilisées dans les pages qui suivront. Tout en parlant des « formes bénignes de la paranoïa », Friedmann cherche à les intégrer dans le système diagnostique courant. Il les considère comme une forme inférieure de la paranoïa chronique vraie de Kraepelin. Les particularités qu'il leur attribue sont : une évolution bénigne et une curabilité relative.

Friedmann décrit précisément la formation d'un délire paranoïaque qui n'est pas très fréquent et qui s'apparente à un délire de préjugé. Ceci a lieu chez des personnes qui, tout en ayant un caractère sensible, tenace, exalté, n'ont pas été jusqu'à touchées au point de vue psychique. Leur intelligence est normale et il n'existe chez elles aucune étiologie spécifique. Dans la plupart des cas, il s'agit de femmes (mariées ou célibataires) de 30 à 40 ans. Si elles sont impliquées dans un conflit extérieur de quelque gravité ou si elles éprouvent une déception ou se sentent lésées, elles développent un système délirant au cours des mois suivants ou même plus tard encore. Ce délire a pour thème les causes ou les conséquences du dommage subi et se limite exclusivement à cette seule idée. Il s'y ajoute uniquement un délire simple avec idée d'être observée, sans hallucinations. Le bon sens est entièrement conservé et le rendement professionnel reste inchangé. Les malades se plongent dans un affect passionné, qui ne possède pas la coloration maniaque ni dépressive ; aussi le délire est-il constitué de façon tout à fait logique. Après une période de plein épanouissement qui dure un ou deux ans, l'affect commence nettement à s'estomper. Les malades recouvrent leur calme et parlent rarement de cet incident. Toutefois, leur délire n'est pas corrigé ; elles persistent obstinément à le considérer comme une réalité. Dans des cas purs, rien ne vient plus s'y ajouter et l'individu peut être consi-

déré pratiquement comme guéri. Cette évolution assez uniforme dure de deux à trois ans, le plus souvent deux ans et demi.

Tandis que Friedmann considère comme acquis le tableau de la paranoïa et l'appartenance, à ce tableau clinique, du groupe qu'il étudie, il discute en détail et avec beaucoup de justesse la difficulté et la nécessité du diagnostic différentiel entre les cas qu'il rapporte et les formes paranoïdes du groupe maniaco-dépressif, surtout lorsque cette affection a un parcours prolongé. Une séparation nette entre ces deux groupes n'est possible que si l'on met en évidence leur pathogenèse, démarche qui constitue un progrès notable dans la façon dont Friedmann envisage ce problème. La même exigence a été formulée par Heilbronner, peu de temps après, en ce qui concerne le délire de revendication : sont décisifs dans ces cas le début et l'évolution de la maladie et non son issue et son parcours. Le principe de la recherche de Kraepelin, qui met un accent particulier sur ces derniers points, trouve dans la théorie de la paranoïa, ainsi comprise, un complément nécessaire. Friedmann est d'avis que la formation du délire dans les cas qu'il présente peut « dériver directement d'une anomalie primitive du caractère et de la constitution intellectuelle du patient ». Tandis que dans la psychose maniaco-dépressive le délire se constituerait sans continuité fondamentale avec les *dispositions psychiques* antérieures à la maladie. La différence relevée par Friedmann a été depuis élaborée de mieux en mieux sur le plan conceptuel et évaluée à sa juste valeur. C'est Jaspers qui l'avait particulièrement bien éclairée en opposant au « *développement* », la « *phase* » et le « *processus* ». Nous allons donc pouvoir par la suite éviter des expressions peu heureuses telles que « endogène » et « exogène » dont le sens n'est pas univoque, sans pour cela nier qu'objectivement nous sommes d'accord avec Friedmann. La façon dont se forme la « paranoïa bénigne systématique » de cet auteur, qu'il définit comme « endogène », serait mieux déterminée avec Heilbronner comme « caractérogène ».

On voit clairement le progrès qui a été fait, depuis Wernicke, grâce à Friedmann. Ce dernier avait éliminé de ses considérations l'« idée prévalente » qui, en tant qu'éléments secondaires, se forme dans n'importe quelle maladie mentale. Il a commencé ensuite à établir pour les maladies étudiées, voisines de la paranoïa, un diagnostic différentiel. Il a fait ainsi un grand pas au-delà de la définition purement symptomatique. L'exposé critique qui suivra ne doit en aucun cas diminuer le mérite de Friedmann, mais doit démontrer que ce chercheur s'était arrêté à un des points du problème, point qui nous a servi pour

un nouveau départ. Friedmann a *renoncé* à approfondir psychologiquement la *qualité de l'expérience*, susceptible de déclencher « la paranoïa bénigne ». Il en résulte que, dans son matériel, s'étaient peut-être glissés des cas où il s'agissait non d'une évolution caractérogène, mais des processus où les effets de l'expérience étaient dus au hasard (pour se servir du langage de Jaspers). Il l'avait admis lui-même pour le cas n° 4. Nous en reparlerons en détail ultérieurement.

Mais, le point de beaucoup plus important est l'examen de la base caractérologique, sur laquelle se forme le délire de ces malades. Dans ce domaine, Friedmann est excessivement réservé, en partie, par manque des données détaillées sur le caractère de ses patients. Il accentue donc avant tout, et avec raison, que nous sommes en général *très loin* d'une doctrine scientifique du caractère, pour que nous puissions aborder notre problème de ce point de vue. C'est la raison pour laquelle nous sommes forcés dans le présent ouvrage de procéder, au moins, à une brève esquisse de la théorie du caractère avant d'arriver à l'examen clinique des cas particuliers. Ainsi, nous serons à même de dépasser le point mort où Friedmann s'était arrêté.

Du reste, le nombre des auteurs, appartenant à des générations antérieures, qui vouaient à la « paranoïa bénigne » une considération spéciale, n'est pas élevé. Ziehen mentionne les *formes paranoïdes de la neurasthénie*, une paranoïa rudimentaire ou abortive ; il est possible qu'il pense à des cas qui ressemblent à ceux de Friedmann. Cet auteur est d'avis que certains individus se tiennent des années durant au bord de la paranoïa, sans pour cela jamais y succomber réellement. Nous reviendrons plus tard sur son *délire de gouvernantes*. Gierlich rapporte des histoires intéressantes de malades dans son travail sur la *paranoïa périodique*. Nous devons tenir grandement compte de ces récits, bien qu'ils ne soient pas élaborés du point de vue qui est le nôtre. Gierlich nous décrit des sujets nerveux, à hérédité fortement chargée. Ils sont instruits, travailleurs et ambitieux, affables, vulnérables et présentent fréquemment des *états paranoïaques aigus à la suite de l'influence associée des expériences traumatisantes et de la lassitude neurasthénique*.

La riche et précieuse littérature qui s'était constituée, depuis ces travaux anciens, dans le domaine de la formation psychogène des délires et de ses rapports avec la paranoïa, a fait ultérieurement et à plusieurs reprises objet de revues générales, dues particulièrement à Schnitzer et à Krüger. Les sujets traités par ces auteurs ne touchent pas directement les problèmes que nous exposons dans notre travail. L'intérêt de ces chercheurs s'était

de préférence concentré, en premier lieu, sur des formations délirantes chez des personnalités *dégénératives*, au sens le plus étroit du terme, et en second lieu, sur la situation intermédiaire du groupe de revendicateurs entre la paranoïa et les formations psychogènes des délires. En ce qui concerne les personnalités dégénératives, le point principal de la recherche portait sur l'étude des psychoses carcérales, ce qui a, de son côté, beaucoup contribué à apporter dans la discussion, un peu scolastique et rigide, sur la paranoïa des points de vue nouveaux. En particulier, cette étude a permis de combattre l'isolement stérile, dans lequel se trouvait la paranoïa à l'égard d'autres troubles mentaux psychogènes.

A côté des travaux connus de Bonhoeffer, Siefert, Wilmanns et Rudin, il faut tout spécialement relever une notion morbide décrite par Birnbaum, celle de « délire imaginaire des dégénérés ». Nous reviendrons à cette description lors de la mise en place de notre tableau clinique. Le travail précieux de H. W. Maier sur la formation catathyme du délire a trait, dans la mesure où cet auteur se préoccupe de la paranoïa, principalement aux personnalités dégénératives, dans le sens étroit du terme, présentant des déficiences mentales marquées. Dans le problème du délire de *revendication* la position nette prise par Heilbronner en faveur des relations plus étroites entre la formation psychogène du délire et, spécialement, de l'hystérie avec le délire de revendication, est tout à fait remarquable. Le fait que Kraepelin, dans son dernier traité, ait classé le délire de revendication parmi les affections psychogènes, exprime, au mieux, le début, bien qu'un peu réticent chez beaucoup d'auteurs, d'un revirement qui a eu lieu au sein de la vieille doctrine de la paranoïa. Kraepelin qui, dans son livre, fait entrevoir de nombreuses perspectives d'ordre secondaire en décrivant son nouveau tableau de la paranoïa, s'oriente vers la psychogenèse du délire, bien que le premier temps, il le fasse avec circonspection et réserve. Jaspers a encore mieux développé dans son traité les belles notions à propos des exemples concrets du délire de jalousie. Ces notions ont grandement contribué à mettre rapidement à jour le processus latent de revirement dont nous avons parlé. La marche de cette transformation est claire à celui qui veut la comprendre ; elle vise inexorablement et avec insistance le but final : à savoir, de transplanter complètement le tableau symptomatique de la paranoïa sur le terrain de l'évolution de la personnalité, évolution « compréhensible », « saisissable intuitivement » jusqu'à un certain degré. Donc, de la ramener d'une part à une *relation étroite avec la formation psychogène* des

délires ; de l'autre, d'isoler aussi nettement que possible la formation logique des délires et des affections processuelles du concept de la paranoïa. Cette dernière conséquence a pu être constatée avec moins de réserve que la première depuis que Kraepelin a constitué le groupe des paraphrénies. On verra donc plus clairement que les composantes processuelles et celles d'identification psychologique ne s'excluent pas mutuellement, mais coopèrent souvent dans l'éclosion d'un cas particulier de maladie.

Nous pouvons nous rendre compte, en suivant le développement de cette recherche, effectuée en marge de la paranoïa psychogène, à partir de la paranoïa bénigne » de Friedmann jusqu'à la « formation catathyme du délire » de Maier, de l'unilatéralité particulière des points de vue exprimés par les auteurs. Ceci nous a déjà frappé chez Friedmann lorsqu'il prête la plus vive attention aux influences des expériences extérieures dans la genèse de la maladie. Des résultats minimes avaient été obtenus dans l'étude de prédispositions caractérielles particulières en tant que causes de la maladie. (Il ne s'agit pas évidemment des dispositions caractérielles en soi. Celles-ci constituent une cause *présomptive* importante dans tous les cas.) Ce sont surtout les milieux proches de la doctrine psychanalytique qui accordent un rôle prépondérant à l'expérience intérieure, au « complexe ».

En réalité, les discussions sur *ce caractère paranoïaque* comme tel ont, pour ainsi dire, abouti à un seul résultat reconnu par tous, à savoir qu'il *n'existe pas une prédisposition paranoïaque uniforme*, mais que des caractères divers sont susceptibles d'acheminer l'individu vers la paranoïa. Ainsi Kraepelin, dans la plus récente édition de son traité, devait se contenter de la caractéristique succincte, vague et peu délimitée que voici :

Le plus souvent, il s'agissait, semble-t-il, d'une nature excitable, irritable, parfois grossière et violente. D'autres malades étaient méfiants, volontaires, superstitieux ou orgueilleux, ambitieux, instables, peu francs, et d'autres encore, avaient une volonté faible et étaient peu doués.

C'était la règle dans l'ancienne littérature ayant trait à la paranoïa que de donner des descriptions de caractère paranoïaque qui devaient leurs coloris, fortement sthéniques au type de *revendicateur* et du persécuteur-persécuté. Ainsi, dans l'essai de classification caractérologique des paranoïaques de Tiling, ces derniers apparaissent pour la plupart hautains, entêtés, orgueilleux, agressifs, avides de vengeance, rancuniers et ambi-

tieux. Friedmann souligne également la force de décision du paranoïaque, sa façon de penser passionnée, irréfléchie et opiniâtre, ainsi que l'opposition complète de ce type de malade à des individus atteints de névrose obsessionnelle.

Gaupp a le premier, dans son rapport sur les *prédispositions paranoïaques et la paranoïa abortive*, tenté de donner une caractéristique détaillée de la personnalité paranoïaque, en éclairant une autre face de celle-ci. Il a montré combien il était nécessaire de jeter une lumière plus vive sur les bases caractérologiques de la formation délirante paranoïaque. Gaupp a opposé un autre tableau (1) au type de paranoïaque couramment admis, en particulier à celui que l'on décrivait fier, exalté et tenace. Le type d'individus qu'il décrit est caractérisé par des dispositions paranoïaques-dépressives ; elles ont une *relation étroite avec le caractère psychasthénique et névrotique obsessionnel*. Gaupp se réfère ici à l'observation de Janet, qui définit l'état psychique initial de certains paranoïaques comme psychasthénique et qui note que parfois des états obsessionnels, avec conscience parfaite de l'état morbide, précèdent l'installation des idées de persécution. D'après lui, l'auto-critique et l'auto-dépréciation psychasthéniques sont souvent liées à des idées de relation et de persécution. Il existe une *paranoïa rudimentaire* qui s'apparente aux « obsessions des scrupuleux ». Janet dit à ce sujet : « Les idées de persécution sont très proches des représentations obsédantes, et je suis étonné qu'on les mette si loin les unes des autres. »

Gaupp décrit ses malades de la manière suivante : « Ce sont des gens instruits de 25 à 45 ans, affables, modestes, plutôt craintifs, manquant d'assurance. Ils sont souvent consciencieux, scrupuleux et réfléchis jusqu'à la pédanterie, ont un penchant vers l'auto-critique, sont exempts d'auto-survalorisation et de combativité. Leur caractère est tout à fait à l'opposé de celui des revendicateurs. Chez les individus de cette catégorie la *formation du délire est tout à fait insidieuse et prend sa source dans l'attitude morbide du sujet qui rapporte tout à lui-même, probablement en connexion temporelle plus ou moins étroite avec l'expérience vécue*. De nombreux symptômes psychasthéniques qui accompagnent cet état contribuent au développement dans le psychisme de la conscience de l'état morbide. La finesse éthique de ces malades les incite à des méditations, à des reproches qu'ils s'adressent à eux-mêmes, reflétant la crainte que leur propre comportement n'ait fourni à leur adversaire présumé

(1) On trouve des remarques analogues dans *Gefängnispsychosen* de WILMANN.

des raisons à la persécution. Il ne se forme pas dans ces cas de délire *généralisé*. On ne rencontre pas de méfiance vis-à-vis du médecin et de la clinique ; tout au contraire, on voit même un besoin de contact avec le médecin ; un entretien peut, passagèrement, faire faiblir le délire, et, par moments, le malade peut devenir conscient des interprétations délirantes antérieures. A côté de cela, le malade peut vivre des années, même de longues années, tout en conservant son délire de relation sensitif logique et exempt d'idées fantastiques ; des hallucinations sensorielles n'apparaissent que de façon isolée. Des fluctuations de l'humeur se produisent du jour au lendemain, comme on le voit chez les psychopathes. La maladie n'évolue pas progressivement dans tous les cas, les uns restent stationnaires, dans d'autres on observe des rémissions. Le délire de relation sensitif n'est ni *généralisé*, ni à orientation unilatérale, l'idée prévalente ne domine pas la symptomatologie dans la même mesure que chez les revendicateurs. Ce qui caractérise les malades, c'est leur modestie extrême ; même après des années de maladie, on n'observe pas chez eux des idées de grandeur. » D'après Gaupp, les *caractéristiques principales de la paranoïa abortive* sont donc : prédisposition fondamentale à la psychasthénie et à la névrose obsessionnelle. En ce qui concerne la maladie elle-même, elle se signale par la formation insidieuse, par un affect généralement inhibé, dépressif, par une conscience partielle de l'état morbide, par des oscillations dans son évolution et par l'absence d'isolement égoïste.

On a à peine besoin de souligner que le tableau clinique, décrit par Gaupp, ne se situe pas directement dans la ligne de l'*idée prévalente* de Wernicke et de la *paranoïa bénigne* de Friedmann. Ces deux derniers auteurs s'intéressent au délire de relation sensitif en tant qu'à une réaction basée sur et conditionnée par une expérience extérieure, laquelle constitue son seul *foyer permanent*. Dans les cas de Gaupp, l'expérience n'a pas ce rôle dominant, malgré cela, chez les malades de Gaupp également, le comportement psychique au cours de la psychose est si intimement lié au fond caractériel et paraît en ressortir sans la moindre fêlure, que cet auteur se prononce, également ici, pour la formation caractérologique du délire. Toutefois, dans le tableau de Gaupp, la base caractérielle présente tant de points de contact étroit avec les types de personnalité, tels que nous les décrivons plus loin, que nous serons obligé de donner des éclaircissements quant à ce côté du problème. Mais, déjà ici, il est important de reconnaître que ce que Friedmann décrit comme une « paranoïa bénigne » et Gaupp comme une « paranoïa abor-

tive » ne sont *aucunement des états identiques*. Autant que Friedmann considère le délire de relation sensitif circonscrit principalement du point de vue de l'expérience vécue qui le déclenche, autant Gaupp le rattache exclusivement à la base caractérielle.

Les recherches en cours dans ce domaine n'ont pas jusqu'à présent tenu compte entièrement de l'impulsion donnée par Gaupp et Friedmann. Les descriptions de ces deux auteurs sont fréquemment fusionnées dans une sorte de tableau mixte où le schéma de développement de la maladie de Friedmann (dépendance stricte de l'expérience vécue, durée limitée) sous-tend le tableau caractériel de Gaupp (dépression et névrose obsessionnelle), ce qui ne se justifie ni dans un sens, ni dans l'autre. Les psychoses de Gaupp ne guérissent nullement après deux-trois ans, comme celles de Friedmann. Elles peuvent plutôt, comme il ressort nettement des extraits des procès-verbaux originaux, traîner en longueur pendant de nombreuses années et évoluer progressivement. Chez Gaupp, le rôle de l'expérience vécue est problématique. Inversement, les traits de caractère des malades de Friedmann (« sensibles, entêtés, exaltés ») n'ont généralement rien à faire avec la description des paranoïaques de Gaupp. Ces derniers, comme nous verrons plus tard, ne présentent en général, aucune uniformité caractérielle. Cette confusion eut pour conséquence qu'il était impossible jusqu'à présent d'utiliser judicieusement les descriptions de ces deux auteurs. On attribuait à leurs tableaux, en hésitant et avec plus ou moins de réserve, une relation intérieure peu claire avec la paranoïa « vraie ». Ou, comme l'avait fait Bleuler dans son traité, on mettait en doute leur justification. Nous devons donc élucider ici quelques points obscurs.

L'intention de l'auteur de ce livre n'est pas de continuer à développer et à suivre directement les idées tracées par Friedmann et par Gaupp. Nous prenons tout simplement notre point de départ de nouvelles observations et nous ne le faisons pas en général, sous l'angle de la paranoïa. Nous examinons et nous décrivons minutieusement une forme de développement d'un délire dans certaines constitutions psychopathiques. Nous essayons notamment, dans la mesure la plus large, comme nous le faisons habituellement jusqu'à présent, *d'attribuer une part équitable aussi bien au rôle joué par la base caractérielle que par l'influence de l'expérience vécue*. Nous tâcherons, tout particulièrement, de mettre en évidence les *relations internes* et la causalité psychique, existant entre *une forme particulière du caractère, minutieusement délimitée, et une façon spéciale de formation et d'élaboration de l'expérience vécue*.

Lorsque cette étude aura été faite pour elle-même, sans que l'on essaie de la faire entrer, par force, dans les cadres de la systématisation clinique qui prévaut actuellement, il s'ensuivra, en fin de compte, indirectement et tout naturellement, une appréciation juste et un éclaircissement total de la notion paranoïa « bénigne » et paranoïa « abortive ». Le domaine de la formation psychogène du délire, comme celui de la paranoïa en général s'éclairera un peu. Il est inutile d'ajouter combien nous sommes redevables, dans notre travail, aux impulsions apportées par les deux chercheurs nommés ci-dessus.

CHAPITRE II

DE LA THÉORIE PSYCHIATRIQUE
DU CARACTÈRE

Si, d'après le plan développé plus haut, nous voulons aborder l'étude clinique, qui est le but de notre travail, nous nous apercevons aussitôt que nous ne sommes pas encore assez bien outillé pour la mener à bien. Nous devons déjà marquer un point d'arrêt devant l'analyse du caractère. Comment pouvons-nous esquisser un tableau précis et scientifique du caractère en l'absence des notions *maniabiles* pour attaquer ce problème ? Pour définir les propriétés caractérielles, nous nous servirons de préférence des *expressions créées par le langage courant*, qui sont aussi vivantes et aussi nombreuses que ces propriétés mêmes et sont, comme elles, variées, pittoresques, nuancées et changeantes. Mais dès que nous tentons de les isoler les unes des autres, ces expressions nous échappent, s'entremêlent. Elles ne sont pas non plus suffisantes, lorsqu'on veut délimiter strictement un caractère, montrer les lois internes qui conditionnent leur rapport avec des formes déterminées de maladie ; elles ne permettent pas une élaboration ultérieure d'une formule précise, qui devrait pouvoir s'énoncer ainsi : c'est ici que se trouvent la parenté clinique, ici la différence fondamentale qui conditionne un seul type de caractère psychopathique ; c'est seulement cette forme caractérielle ainsi façonnée qui pourra provoquer cette forme déterminée de maladie et c'est par une nécessité intérieure que celle-ci s'édifiera dès que se produira l'expérience déclenchante. Le peu de foi qu'on a en la possibilité d'aboutir à une théorie scientifique pénétrante du caractère ne permet pas que la systématisation des troubles mentaux psychopathiques, si, en général, elle peut être envisagée, dépasse le stade de tâtonnement et des essais.

Nous espérons pouvoir développer nos idées à ce sujet dans un travail ultérieur et nous anticipons ici uniquement pour

autant qu'il est nécessaire d'arriver à la solution du problème clinique que nous étudions. Des essais d'étude portant sur la théorie psychiatrique du caractère sont rares dans la littérature. Nous en trouvons dans le traité remarquable de Tiling : *Individuelle Geistesartung und Geisteslörung*. Mais cela est insuffisant, car les notions de Tiling sont aussi élaborées plus intuitivement qu'elles ne se basent sur un principe clair de classification.

Le caractère est pour nous un élément intrinsèque de la *personnalité donnée*, celui de son aspect affectif et volitionnel, qui est essentiel pour toutes les déviations psychopathiques. Nous puisons notre connaissance clinique d'un caractère donné tout d'abord et principalement de l'étude directe de la *structure psychique* telle qu'elle se présentait avant la maladie, c'est-à-dire de l'observation de la totalité des réactions isolées de l'individu aux incitations, plus ou moins importantes, de la vie quotidienne. Il est donc inévitable que l'explication apportée à la réaction morbide repose sur la base caractérielle, car c'est précisément la réaction morbide qui est susceptible de mettre en lumière les dispositions jusqu'alors imperceptibles. (L'exemple apporté par Tiling : Frédéric le Grand.) Mais cette conclusion n'est autorisée que si le caractère réactionnel de la maladie est déjà établi avec certitude et si la différence entre cette méthode et l'observation directe du caractère normal est nettement déterminée. Et non, par exemple, comme il arrive fréquemment, que la méfiance est, d'emblée et sans plus, incluse dans les dispositions caractérielles de chaque individu atteint de délire de relation.

Nous allons donc essayer d'encadrer dans une armature logique et solide les *expressions pittoresques et nuancées* appliquées par le langage aux propriétés caractérielles, de façon que chacune d'elles trouve dans ce cadre sa place exacte, sans pour cela perdre de sa saveur. Plus haut, nous avons déjà mentionné que le caractère est pour nous, comme une image moyenne décalquée, comportant la somme totale des réactions affectives et volitionnelles de la personnalité, en réponse aux expériences de la vie courante, dont les phénomènes se déroulent sur le plan *temporel* se muent en « particularités » concrètes « fixes ». Pour l'analyse scientifique du caractère, nous devrons, par conséquent, nous servir de la représentation primaire, seule adéquate du psychisme *le considérant comme un déroulement dans le temps*, comme un jeu sinueux, de réactions continuellement renouvelées et élargissant leur influence sous l'effet des stimulations extérieures tout le temps renouvelées. Nous considérons ici comme stimulations extérieures l'entité psychique complexe, comme elle se produit toujours en pratique : c'est l'expérience vécue,

c'est-à-dire un groupe de sensations et de représentations chargé d'affects. Nous pourrions donc, si nous suivons le cheminement de cette expérience sur le plan psychique du début jusqu'à la fin, classer scientifiquement et clairement toutes les « particularités », c'est-à-dire toutes les possibilités réactionnelles d'un caractère donné.

Ainsi, nous obtenons les notions fondamentales concernant l'impressionnabilité, l'activité intrapsychique et la capacité de rétention et d'expansion de l'individu. Ces notions non plus ne se rapportent pas aux éléments fondamentaux, artificiellement analysés par la psychologie théorique, mais à des entités complexes de la vie psychique réelle, à des courants psychiques, liées aux perceptions, aux souvenirs, au raisonnement et aux tendances volitionnelles, y compris des symptômes des décharges somatiques des affects et de la volonté. Ces notions sont donc également très complexes, mais, si on le désire, chacune de ces différenciations caractérielles peut être réduite à de simples différences dans le domaine de l'évolution des sentiments et des associations. On peut opérer cette différenciation d'après la qualité, l'intensité, la durée et la fréquence de ces propriétés.

Lorsqu'on parle de l'impressionnabilité, il s'agit de l'impressionnabilité générale, comme c'est le cas pour d'autres catégories, que nous désignons par intérêt, suggestibilité, et qu'il faut distinguer des catégories telles que les expériences vécues rapportées par l'individu à lui-même, qui ont une forte accentuation affective et qui, selon le cas, peuvent être appelées excitabilité, susceptibilité, etc. Le sort ultérieur de l'expérience est conditionné par la capacité de rétention du caractère, suivant que la pénétration de cette expérience dans la conscience s'est faite avec plus ou moins de force. Nous appelons rétention la conservation à l'intérieur du psychisme des affects liés à des représentations ou des présentations chargées fortement d'affect. Cette capacité de rétention peut se décomposer en deux temps : 1° *Suspension* de l'impression, c'est-à-dire : lorsque son extériorisation immédiate sous forme d'une réaction extérieure est empêchée ; et 2° Son maintien en tant que facteur interne vivace à l'intérieur du psychisme. Le degré de continuité de cette activité psychique est déterminé par l'activité intrapsychique, c'est-à-dire par l'aptitude propre au caractère, non seulement à conserver l'expérience, mais à créer à partir d'elle de nouvelles tendances dans le domaine de l'affectivité, de celui des représentations, ainsi que dans celui des pulsions volitionnelles, et par là, d'amener l'expérience au sommet de l'efficacité psychique. Une expérience isolée ne peut donc, dans le flux continu

de la vie psychique et dans les conditions normales, se fixer, de façon durable à ce point central et élevé ; des nouvelles expériences se précipitent, la repoussent et l'absorbent ; l'expérience déborde et se décharge. Dans la vie psychique normale, la force psychique accumulée autour de l'expérience ainsi vécue s'affaiblit, la tension du moment fait place au calme. Cette dernière aptitude du caractère, celle de laisser s'extérioriser l'expérience de façon quelconque, se définit comme capacité d'expansion. Cette suite adéquate donnée à l'expérience, amenant l'apaisement, peut se produire exclusivement dans le domaine intrapsychique, grâce à une association libre, à formes multiples, avec le contenu d'ensemble de la riche réserve de représentations, ou bien elle peut s'extérioriser par une simple communication verbale, une explosion d'affect ou un acte volitionnel.

Les imperfections de cet aspect du caractère seront, par exemple, appelées dans le langage courant, perplexité, réserve, timidité, lorsqu'il s'agit des simples tonalités de sentiments provoqués par la vie quotidienne. Toutefois, les troubles de l'expansion à l'égard des expériences de haute valeur affective sont d'une importance décisive pour la formation des réactions psychopathiques complexes. Ainsi prend naissance, dans l'expérience, entre autres, le complexe, dans le sens que lui confère la doctrine de l'hystérie, en tant que déviation psychique vers l'inconscient. Si cette déviation fait défaut, il se forme tout autre chose, notamment la répression. Cette notion de la répression a, par la suite, une grande importance pour la compréhension de notre groupe clinique de malades et doit dès maintenant être nettement définie. Elle s'oppose à la simple rétention, qui n'affecte pas la notion de l'expansion ; elle signifie une rétention consciente de groupe de représentation à forte charge affective, l'activité intrapsychique restant vive et la capacité d'expansion étant défectueuse.

Nous avons ainsi épuisé les quatre aptitudes fondamentales du caractère, celles à la réception, au maintien, à l'élaboration et à la liquidation de l'expérience vécue. Toutes ensemble, elles composent la capacité totale de l'efficacité du caractère, cette grandeur purement dynamique qui s'évalue, en général, par la quantité totale d'énergie psychique disponible inhérente à l'individu.

Nous la désignons par l'expression proposée par Lipps « force psychique », mais pour notre but personnel nous faisons abstraction des rendements d'ordre purement intellectuel. L'intelligence, en tant que notion intrinsèque de la capacité associative

totale, représente une notion opposée à celle du caractère. Elle ne s'associe avec lui que pour former et compléter la personnalité psychique tout entière. Ainsi, l'intelligence, artificiellement isolée, est, dans certaines limites, un élément accessoire pour le problème des troubles psychopathiques. La neurasthénie, qui fait éclosion lorsque les forces psychiques sont défaillantes devant l'accumulation des stimulations psychiques épuisantes de la vie quotidienne, représente une réaction psychopathique et non un processus autonome, c'est-à-dire un phénomène nerveux se déroulant selon des lois biologiques. A l'opposé de cette capacité totale d'efficiencia générale se trouve une aptitude spéciale d'efficiencia à l'égard des expériences de *haute valeur* affective. Par leur irruption soudaine ou par leur accumulation progressive, ces expériences posent au caractère des exigences isolées spéciales qui font ressortir sa capacité de résistance ou son degré d'*insuffisance*. Nous obtenons ainsi la notion d'épuisement que nous pouvons utiliser ou dans cette application particulière ou en y intégrant toutes les bases psychophysiques. A son tour, cette notion a de l'importance pour le but clinique que nous visons.

Nous distinguons des caractères sthéniques et asthéniques, aussi bien que des réactions sthéniques et asthéniques, selon le degré de la force psychique qu'ils révèlent. Pour juger de la qualité sthénique d'un *caractère*, il faut tenir compte de trois éléments (1) : du point de tension maxima auquel un affect peut s'élever (ce qui est en relation étroite avec la notion de l'*impressionnabilité*), ensuite de la *durée* de l'affect (correspondant à la capacité de rétention), et finalement du degré de l'extériorisation possible de l'affect (correspondant à la capacité d'expansion). L'explosivité d'un individu dégénéré représente un degré sthénique plus élevé que, par exemple, l'instabilité du sujet du même type caractériel. Un querulant est plus sthénique qu'un explosif. Un névrosé obsessionnel est à son tour plus asthénique qu'un *revendicateur*, car le premier, malgré une tension élevée et une persistance de l'affect, manque de force,

(1) Ces simples dimensions des affects subissent chez l'adulte cultivé des modifications essentielles grâce aux habitudes caractérielles. Dans ce cas l'aptitude à dominer les affects, important symptôme sthénique, s'oppose à la force absolue de ces différents affects. Les états psychiques et surtout les nuances subtiles évoluent diversement selon qu'ils prennent naissance dans ce qu'on éprouve de façon sthénique ou asthénique. Ces états forment, comme nous le verrons plus tard dans les caractères sensitifs, une échelle de graduation particulièrement sensible, de la force psychique. Les réactions cérébrales biologiques, l'apparition de sentiments de fatigue et les symptômes de cette dernière servent finalement d'épreuve de contrôle pour notre appréciation psychologique.

pour une extériorisation libre de celui-ci. Nous reprendrons ultérieurement ces considérations.

Les bases de dispositions caractérielles étudiées jusqu'à présent sous-tendent les habitudes caractérielles, ces pierres angulaires de la formation du caractère. Nous appelons habitudes caractérielles : 1° Les lois qui s'établissent dans le psychisme de l'individu, grâce à la répétition des formes réactionnelles conditionnées par ses dispositions ; 2° Les lignes directrices fondamentales de l'humeur et de la volonté. Tout ceci influence et modifie à son tour chaque réaction nouvelle. Ainsi se produisent les nombreuses nuances de l'état psychique, c'est-à-dire des situations affectives moyennes de l'individu. Elles se forment, au cours des années, par l'influence réciproque et continue des expériences vécues et des réactions, ce qui, dans le langage courant, s'appelle la Destinée. Ces situations sont conditionnées, à l'instar des réactions isolées, par le plaisir et le déplaisir, la gaieté et la dépression, selon qu'elles correspondent à un élan ou à une inhibition du processus psychique. Il est à peine nécessaire de souligner que l'état psychique ne doit pas être considéré seulement du point de vue de la réactivité caractérielle. Dans les dystonies constitutionnelles, par exemple, il est au plus haut degré symptomatique d'une déviation biologique autonome. Ici, comme dans l'épuisement, les deux points de vue s'intriquent intimement.

Dans le domaine de la volonté, les habitudes caractérielles sont définies par une échelle d'expression qui a trait aux qualités éthiques. Sa genèse complexe ne peut être mentionnée ici que brièvement. Évoquons la formation des lois caractérologiques réglant la capacité de rétention à l'égard des effets de l'expérience vécue, capacité qui limite les tendances innées à des réactions primitives, dont il sera question plus loin. En outre, signalons l'importance particulière des proportions dans l'alliage des composantes sthéniques et asthéniques. De l'interrelation entre les sentiments que provoque l'action, dont la source se trouve dans l'élaboration sthénique de l'expérience et des répercussions provoquées par les épreuves de la vie, dont la source est dans l'élaboration asthénique — et des séries de représentations qui y sont liées — on voit se former le tableau individuel où s'inscrit l'échelle des valeurs qui a trait au Moi et au monde extérieur. Ces tableaux individuels se distinguent par conséquent, selon qu'ils sont orientés vers les pôles de l'égoïsme ou de l'altruisme. Entre ces deux extrémités s'échelonnent les qualités éthiques de la personnalité. La composante caractérielle sthénique donne, pour la plupart, l'impulsion à l'acte sthénique,

la composante asthénique donne naissance à la subtilité des sentiments éthiques. Cette loi peut être très bien observée dans le domaine de la clinique psychopathique. D'ailleurs Friedrich Nietzsche avait déjà souligné, de façon particulièrement nette, la formation de la morale altruiste des états asthéniques.

Les notions caractérielles importantes : le sentiment de soi et la force de volonté, sont en rapport avec les idées développées ci-dessus. Le sentiment normal de soi est l'expression directe et subjective du dynamisme psychique d'un sthénique, dynamisme modifié par les principes altruistes. D'autre part, un sentiment de *soi* qui conduit dans le domaine morbide se forme sur une base à prédominance asthénique. L'amertume que font ressentir des échecs de la vie, conditionnée par l'asthénie, surexcite chroniquement les composantes sthéniques du caractère, en soi moins développées (sentiment de soi des artistes : Schopenhauer, Nietzsche, Hölderlin). La façon dont s'édifie un sentiment de soi accentué joue précisément un rôle particulier dans les caractères sensitifs que nous étudions (cf. le cas Wagner) et par là dans la *genèse* de nombreuses formes de délire paranoïaque des grandeurs. Nous parlons de la force de la volonté chez le sthénique, lorsqu'il est en même temps capable de rétention, c'est-à-dire : lorsque, habituellement, l'élaboration psychique des expériences vécues se prolonge avant d'aboutir à une réaction. Ceci distingue la conduite dirigée par la volonté, de la conduite dirigée par l'affect ; la première portant l'empreinte de l'opportunité qu'elle reçoit du contact intrapsychique avec des effets des expériences antérieures.

D'ailleurs, les qualités éthiques aussi bien que l'état psychique ne doivent pas être envisagés, exclusivement sous l'angle de la caractérologie individuelle, c'est-à-dire sous l'angle des habitudes et des réactions psychiques à l'expérience vécue. Comme l'état psychique est conditionné par les influences biologiques, les qualités morales le sont particulièrement par des facteurs sociaux. Donc, l'individu n'élabore pas ses normes éthiques lui-même, mais il les reçoit le plus souvent en tant que suggestions toutes prêtes venant de l'extérieur. Dans ce domaine, il faut faire la plus large place aux influences du milieu dans le sens le plus étendu de ce terme : intervention des conditions professionnelles et sociales, des préjugés moraux et religieux. Nous trouverons également ces éléments à l'œuvre dans la pathogenèse de notre tableau clinique.

Ces quelques traits largement esquissés doivent suffire à nos buts cliniques. Pour ne pas aller trop au fond de ce sujet, nous avons intentionnellement passé sous silence des aspects

importants de ce problème, par exemple, les effets de constellations caractérielles ou les différenciations de certaines tendances caractérielles apparemment contradictoires. Les lignes directrices envisagées par nous dans cette étude du caractère tendent, en premier lieu, à remplacer la tendance statique et matérialisante par un abord génétique et dynamique des phénomènes, ce qui correspond véritablement au fait clinique. En second lieu, nous soulignons que le caractère, tout en étant une grandeur en soi, est en relation logique et vivace avec l'expérience vécue. En outre, nous considérons que les propriétés caractérielles, dans le sens plus restreint du terme, acquis par l'individu par voie purement réactionnelle, doivent être distinguées de celles qui font partie du patrimoine biologique, inné et autonome. Signalons finalement, qu'avant tout nous voudrions situer les définitions scientifiques de ces propriétés sur le terrain de la logique, de façon à ce qu'elles soient comparables entre elles.

L'utilité de cette définition précise des notions employées saute immédiatement aux yeux, dès que, conformément au but clinique que nous nous sommes proposé, nous voulons isoler du matériel clinique habituel quelques types principaux de réactions psychopathiques. Et, même dans ce cas, il ne s'agit pas de remplacer des groupes bien constitués empiriquement, grâce à un schéma psychologique, mais d'encadrer dans la mesure du possible les images floues, empiétant les unes sur les autres, telles qu'elles nous apparaissent à l'observation clinique. C'est alors que chacun de leurs noyaux essentiels pourra être bien isolé et permettra de souligner ensuite leurs similitudes et leurs divergences en des formules courtes et précises.

L'état actuel de *classification* dans le domaine psychopathique est tellement incertain que nous sommes forcés de caractériser un trouble psychopathique tantôt en le rattachant aux symptômes somatiques (hystérie), tantôt en le reliant aux influences d'ordre social (délire de revendication), tantôt en le caractérisant par un symptôme isolé et saillant (psychopathie sexuelle). L'hystérie et le délire de revendication sont des grandeurs incommensurables. Elles ne se laissent pas ramener à un point de vue commun ; on ne peut faire un diagnostic différentiel entre eux, même si un individu présente les symptômes de ces deux maladies, ce qui ne peut se rencontrer que chez des psychopathes.

On ne peut guère établir dans ce cas la prépondérance de l'hystérie ou celle des tendances revendicatrices. Du point de vue neurologique, un sujet de cette catégorie est un hystérique

et rien qu'un hystérique ; du point de vue légal il est revendicateur et rien qu'un revendicateur. Nous pensons que cet inconvénient, connu par tous, s'il ne peut être écarté facilement, n'est pas irréductible, si nous sommes décidés à baser l'appréciation clinique des réactions psychopathologiques, sur leur structure psychologique et si nous créons, à partir de cette base, une classification systématique. Dans ce but, il faudrait étudier d'abord les réactions psychopathiques uniquement en elles-mêmes et considérer, dans la mesure du possible, au début de l'examen, la doctrine des réactions, comme indépendante de celle du caractère. Malheureusement, les choses ne se passent pas ainsi souvent, par exemple, dans le domaine de la recherche sur l'hystérie, ce qui, certainement, ne tourne pas à son avantage. A ce propos, nous renvoyons le lecteur à la revue d'ensemble très claire de Gaupp : *Über den Begriff der Hysterie*. Si, par la suite, nous mettons en relation les réactions trouvées avec les caractères observés, nous découvrirons un double rapport entre eux : nous verrons que des formes déterminées de réactions qui sont spécifiques aux caractères déterminés ne se rencontrent pas les unes sans les autres, autant qu'on puisse l'affirmer, compte tenu des limites floues entre les types. Le tableau clinique qui fait l'objet de cette étude appartient à ce groupe de phénomènes. D'autre part, nous voyons des formes de réactions qui sont *largement répandues*, apparaître occasionnellement dans chaque groupe caractériel psychopathique. Il arrive qu'elles font partie d'un psychisme qui n'est pas mûr, qui est biologiquement vicié, mais elles peuvent aussi se faire jour à la suite des expériences correspondantes dans un psychisme totalement sain de non-psychopathes. Ces formes de réactions peuvent, à leur tour, choisir de préférence un groupe caractériel psychopathique déterminé, qui, psychologiquement, leur est proche.

Selon cette conception de la psychopathie, nous définirons une affection comme réactionnelle et psychopathique, lorsqu'elle aura pour cause déclenchante fondamentale une expérience réelle, et nous appellerons psychopathique et réactionnel un caractère qui est susceptible, plus facilement qu'un caractère moyen, de présenter des troubles morbides, comme réaction aux expériences vécues. Nous obtenons ainsi une notion clairement délimitée des psychopathies réactionnelles, qui se séparent ainsi de deux autres groupes des « infériorités psychopathiques ». Cliniquement, ces dernières peuvent se rencontrer en même temps que les autres. D'une part, on peut délimiter l'oligophénie et toutes les anomalies psychiques stables, non réactionnelles ; d'autre part, des états frustes et des prédispositions autonomes,

c'est-à-dire celles qui appartiennent aux maladies mentales autonomes, conditionnées biologiquement. Ces lignes de démarcation sont ébauchées à plusieurs reprises dans la dernière édition du traité de Kraepelin. Évidemment, ces notions ne doivent pas être trop condensées, car les états qui se trouvent à leur base sont souvent essentiellement connexes les uns des autres et aussi parce que la notion de la différence entre une psychopathie réactionnelle et une anomalie psychique n'est souvent qu'une différence de point de vue.

Nous nous bornons ici à une caractéristique rapide des formes de réactions psychopathiques, prenant en considération la parenté intérieure de leur structure psychologique. Nous distinguons donc des réactions primitives, des déviations, des réactions et des évolutions expansives, des réactions et des évolutions sensitives et des réactions purement asthéniques.

On trouve l'exemple physiologique des réactions primitives dans les réponses réflexes d'une vie mentale non développée, par exemple chez un enfant en bas âge. Ceci est, pour adopter le terme de Friedmann, le « réflexe animal ». Une réaction primitive est la préhension d'un objet brillant, un coup rendu pour un coup, un cri à la suite de la douleur, dans la mesure où ces réactions sont immédiates, se produisent sans une réflexion consciente.

L'expérience vécue, après avoir pénétré dans le psychisme le quitte aussitôt sous forme d'une réaction. Le psychisme évolué réagit, comme on le sait, en maintenant l'expérience par de nombreux mécanismes psychophysiques de défense et de régulation. Lorsque cette réaction interrompt fréquemment et de façon particulièrement grossière le cours normal d'une vie psychique, dans ses domaines supérieurs ou sur des points isolés de celle-ci, nous parlons des réactions psychopathiques primitives.

Le soldat X..., qui se conduit habituellement de façon convenable, répond par un flot d'injures sordides aux observations de son lieutenant au moment de l'appel, avant que la compagnie ne se mette en marche ; ou la recrue Y... qui, en rentrant d'une permission, quitte le train et fait une fugue, à la pensée qu'il doit revoir son caporal qu'il juge désagréable ; ou l'étudiant Z..., aux nerfs sensibles, qui, sur le champ de bataille, se jette à plat ventre à chaque coup de canon.

Toutes les réactions décrites ci-dessus sont des réactions psychopathiques primitives. Cette forme de réaction n'est pas spécifique, elle est très répandue parmi les caractères psychopathiques les plus divers ; mais dans certains d'entre eux elle

ne se présente pas très fréquemment. Nous pouvons déduire des quelques exemples donnés plus haut combien ces réactions dépendent non seulement du caractère mais de la valeur affective de l'expérience et de la constellation des influences.

D'autre part, là où cette réaction se produit fréquemment, elle marque de son empreinte des groupes caractériels importants. La formule psychologique de ces caractères peut s'exprimer comme suit : grande impressionnabilité et grande facilité d'expansion à côté d'un manque de rétention. Ces caractères se divisent en deux groupes bien connus : des explosives et des instables, selon la prédominance des formes réactionnelles sthéniques (exemple X) ou asthénique (exemple Y). Ce sont des individus, qui, au cours de toute leur vie, ne « s'assagissent » jamais, comme le constate avec justesse le langage populaire, des gens qui retombent d'un acte de violence dans un autre, d'une étourderie dans une autre. La valeur globale de l'impression qu'ils reçoivent d'une expérience vécue n'est pas maintenue dans leur psychisme pendant le temps nécessaire pour qu'elle puisse produire son effet salutaire sur l'élaboration de l'expérience qui la suit immédiatement. Dans le cas extrême, les individus ayant ce caractère primitif n'arrivent pas du tout à former des habitudes caractérielles, ni à équilibrer leur attitude psychique, surtout dans le domaine éthique. Leur vie psychique présente une succession de conduites isolées ayant des rapports plus ou moins lâches avec la situation donnée. C'est ainsi qu'agissent les dégénérés, dans le sens plus étroit de ce terme, certains individus atteints de « faiblesse morale », des criminels-nés, certaines « personnalités instinctives », des impulsives, etc. Tous les degrés de réactions sont représentés — du plus léger et inoffensif — jusqu'aux réactions caractérielles primitives des individus qui, en dehors de cela, sont bien équilibrés.

Nous ne pouvons étudier ici certaines anomalies du pouvoir associatif, définies par de brèves formules telles que : sens défectueux du réel, labilité de la conscience de soi, charlatanisme pathologique, qui ont des relations étroites avec ces constitutions caractérielles ; d'ailleurs, en tant que mécanismes conceptuels innés et constants, ils font partie des anomalies psychiques. Pour la formation du délire chez les individus primitifs, les déviations affectives et associatives de leur constitution psychique sont d'égale importance. Le délire imaginatif des dégénérés (Birnbäum) peut être considéré comme une des formes primitives typiques du délire. Le manque de continuité et la labilité de l'humeur qui dépendent du moment illustrent bien les états psychiques primitifs. Cette variété de délire, par son aspect

plutôt ludique, forme un pendant aux psychoses primitives sthéniques, que nous étudions ci-dessus ; elles abondent, comme ces dernières, en mécanismes hystériques.

Une de ces formes de réactions est en connexion très étroite avec des réactions primitives proprement dites. Elle se rencontre aussi de préférence et en énorme proportion dans les caractères primitifs. Ici également, les affects violents surgissent, en tant que réflexe, directement de l'expérience vécue et peuvent aussi se décharger en parole ou en acte. Mais cette décharge n'est ni complète, ni immédiate, comme dans le cas d'une réaction primitive dans le sens strict du terme. Il reste dans le psychisme une certaine tension et une disposition affective non intégrées et non résolues qui explosent à l'occasion des moindres expériences nouvelles sous forme de réactions primitives toujours nouvelles également. Cette forme de réaction correspond aussi à un mécanisme psychique inférieur. On peut comparer cet état à celui que présente un « cheval emballé » qui, après un premier paroxysme de peur, a encore une « démarche nerveuse » pendant longtemps ; il est toujours prêt à bondir, à déclencher toujours à nouveau, à la moindre occasion, de nouvelles réactions d'inquiétude et d'aveugle panique. On se doute par ce qui était dit que dans ce processus psychique il ne s'agit pas, toujours et partout, d'une extériorisation primaire des processus psychiques uniformes, mais de tendances tout à fait polymorphes des dispositions affectives.

Chaque neurologue a connu pendant la guerre ces réactions « primitives prolongées » qui, en tant que troubles psychopathiques, pouvaient durer des semaines et des mois. Elles se produisaient, par exemple, à la suite d'un grave choc provoqué par l'explosion d'une grenade. Ces réactions sont plus, comme des réactions primitives simples, des fluctuations psychiques courtes et isolées, mais constituent des névroses explosives, primitives et cohérentes. Ou, lorsque le contenu de la conscience est plus profondément bouleversé par des chocs affectifs incessants, on a affaire à des psychoses primitives qui se déchargent en d'énormes feux d'artifice. Au cours de ces psychoses, toute émotion quelle qu'elle soit, possédant une grande intensité, même lorsqu'elle est due à des causes minimes, est susceptible d'engendrer des actes graves et de produire de brusques changements. Tandis que, dans les névroses primitives simples, on voit plutôt prédominer une seule tendance de l'humeur qui, pour la plupart, est teintée de déplaisir, de dystonie accentuée. Ce qui est commun à toutes ces affections est un état durable de labilité et d'explosivité extrêmes qui, à la moindre étincelle, provoque une

décharge des affects brusque, violente et incoercible. La formation délirante fait partie également de cette accumulation des *charges* affectives et de ces bouffées soudaines. Elle fait apparaître de brusques contrastes entre la grande angoisse devant la persécution et l'affectation propre au délire des grandeurs (cf. le cas de Kluge).

Lors de ces tensions extrêmes des affects, surtout aux moments culminants, on trouve souvent des obnubilations de la conscience et, sur le plan moteur, des décharges hystériques. Cela, à vrai dire, va de soi, lorsqu'on songe que, sous l'impression des effets psychiques les plus intenses, l'homme normal a parfois des réactions hystériques.

Nous considérons comme des déviations les formes de réactions qui constituent le noyau du groupe, désigné en langage couramment employé en clinique, comme *hystérique*. Nous nous servons de cette notion pour définir chaque réaction à une émotion, produite par une expérience, lorsque cette émotion « dévie » des chemins d'une élaboration psychique consciente, en direction du subconscient, et lorsqu'elle suit longtemps cette route du psychisme subconscient. Appartiennent donc à cette catégorie, d'une part, les éléments réflexes des troubles psychogènes de la motilité et de la sensibilité, d'autre part, les phénomènes affectifs et associatifs évoluant de façon automatique et comme en état de rêve dans les états crépusculaires psychogènes et dans les psychoses apparentées. Nous emploierons par la suite le terme « hystérique » en l'appliquant à ces deux groupes de réactions et à ces deux groupes seulement. Nous évitons le terme imagé de « refoulement » là où notre interprétation doit présenter un tableau psychologique, et non, en première ligne, fournir des interprétations théoriques. En outre, nous désirons écarter de nos élaborations actuelles toutes les généralisations, prêtant à critique, de la notion du refoulement, comme d'ailleurs de la notion de l'inconscient qui est à utiliser avec beaucoup de réserve.

La parenté étroite entre la déviation et la réaction primitive est évidente : toutes les deux font un « saut » par-dessus la stimulation provenant de l'expérience vécue, avant que cette stimulation ne soit complètement intégrée et élaborée par la conscience totale. La différence entre la réaction primitive et la déviation consiste seulement dans le fait que la décharge se dirige, dans le premier cas, directement vers l'extérieur, tandis que dans le second, la stimulation se fourvoie dans les petits sentiers obscurs et mystérieux du psychisme. Donc, ici également, le défaut du pouvoir de rétention est un élément essentiel,

mais ce défaut n'est que partiel, car il dépend du degré d'adhésion de l'expérience vécue au psychisme. Ce dernier ne possède pas dans ces cas assez de force pour maintenir le vécu au sommet de la conscience aussi longtemps qu'il faut pour le maîtriser ; l'expérience échappe précocement à l'influence active du psychisme. Cette déficience partielle du pouvoir de rétention est commune à la déviation et à la réaction primitive prolongée. Mais cette dernière diffère de la déviation parce que la stimulation venant de l'expérience, tout en manquant de direction, étant sans liaison solide avec le contenu total des représentations, évolue quand même essentiellement à l'intérieur de la conscience.

Il va sans dire qu'étant donnée sa particularité psychologique, la déviation ne peut pas être significative pour une disposition caractérielle déterminée, dans le même sens que l'est un acte psychique conscient. Par exemple, lorsque nous définissons la particularité caractérielle d'être « coléreux » que l'on énonce facilement, lors de la manifestation habituelle des réactions primitives explosives. En réalité, la réaction hystérique n'est pas spécifique d'après ce que nous enseigne l'observation clinique. Elle n'épargne complètement aucune forme de disposition caractérielle psychopathique et empiète encore largement sur le domaine des dispositions psychiques normales. Il n'existe pas de caractère hystérique, par contre, la réaction hystérique, vu sa parenté psychologique avec la réaction primitive, montre une prédilection pour les caractères primitifs. Et parmi ceux-ci, on trouve aussi bien le type explosif que le type instable. Nous la voyons également apparaître de façon imprévue dans le psychisme normal d'un individu, qu'il soit retardé ou très évolué. D'ailleurs, la réaction hystérique, par sa grande fréquence dans tout le domaine psychopathologique et son apparition relativement rare dans le cortège des troubles psychiques d'origine biologique, est un moyen diagnostique auxiliaire important. Là où elle apparaît à l'endroit décisif, elle rend vraisemblable le diagnostic d'un trouble psychopathique ; nous aurons à nous servir ultérieurement de ce moyen auxiliaire.

Nous terminons par cette remarque l'étude des formes réactionnelles psychopathiques, qui se produisent dans le domaine des mécanismes psychiques inférieurs, et nous nous rapprochons des groupes de maladies où les contenus pathologiques plus riches se forment à l'intérieur de la conscience. Cette formation est due à une élaboration durable et intensive par la conscience des expériences vécues. A l'encontre du premier groupe, ces formes laissent supposer un degré considérablement plus élevé de la capacité de rétention d'un caractère qui s'achemine vers

la maladie. Les conditions sont ainsi créées à l'établissement d'habitudes caractérielles, en particulier à la formation de préceptes moraux. Nous voyons ici des *personnalités fortement accusées* qui confèrent leur empreinte à la réaction psychopathique, éveillée en elles par l'expérience. Ces personnalités peuvent condenser la réaction jusqu'au point où caractère et réaction ne font qu'un (cette dernière constituant précisément l'évolution morbide du caractère). Cependant, ces formes de réactions peuvent, dans les cas favorables produire des épisodes brefs et circonscrits, susceptibles d'être maîtrisés. De toute façon, ces réactions ont toutes, lors de leur expression complète, un caractère spécifique et notamment dans un sens double, c'est-à-dire qu'en général ce sont seulement des caractères déterminés qui les présentent, suivant une causalité psychologique intérieure ; et, même à l'intérieur de ces caractères, ces réactions se font jour uniquement lorsque des expériences d'un genre déterminé les provoquent. Toutefois, il existe dans ce domaine une certaine latitude conditionnée par la fluidité du passage d'un type à l'autre. Pourtant, dès que le caractère change de coloration, la réaction en est influencée ; elle a alors une autre nuance, comme nous le verrons dans la partie clinique de ce livre. En général, les dépendances spécifiques entre caractère et formes de maladie ne peuvent être tracées avec toute leur précision que dans le cas des personnalités marquantes de chacun de ces groupes. Tandis que dans le psychisme des individus immaturés et chez ceux dont la vie psychique est pauvre, les rares composantes caractérielles se confondent plutôt les unes avec les autres. (Ceci est par exemple important pour le délire de revendication.)

Nous devons étudier ici en premier lieu les cas de transition entre les groupes à réactions primitives et les groupes à réactions expansives chroniques. Nous ne parlerons que d'un tableau clinique bien connu, d'un certain type féminin *d'intrigantes raffinées*, qui représente ce groupe de transition.

On entache la précision de cette notion, lorsqu'on définit ces sujets comme « hystériques ». Ce sont des femmes nerveuses, excitables, sciemment égoïstes et d'une énergie qui ne tient compte de rien ; les expériences traumatisantes (projets de mariage manqué, par exemple), ne sont qu'à moitié refoulées par elles dans le subconscient. Celles, par contre, qui sont avides de vengeance, projettent consciemment leurs sentiments, les déchargent pendant des années dans des intrigues malveillantes, qui, par leur inutilité constante, appartiennent déjà au domaine morbide. Nous avons ici, à côté d'une déviation incomplète,

cette rétention extrêmement passionnée, consciente de son but, qui caractérise précisément l'évolution expansive. On trouve parmi ces caractères, et parmi un grand nombre d'autres qui leur sont apparentés, des sujets qui unissent la ténacité de l'affect expansif à une élaboration superficielle pseudo-logique et déloyale de l'expérience, propre au groupe hystérique primitif. Ils forment une source particulièrement importante de certaines formes de délires, par exemple, dans des délires de persécution ou de jalousie.

Les individus, qui sont spécifiquement prédisposés aux réactions expansives, sont d'après l'expérience clinique des *sthéniques prononcés*, doués d'une capacité de rétention tenace, avec prédominance de composante égocentrique. D'autre part, leur sensibilité aux expériences intenses, et qui les concernent, est augmentée, ce qui leur confère une activité intrapsychique particulièrement durable ; leur capacité d'expansion est seulement partiellement entravée. Or le sthénique pur est précisément un homme sain qui, joyeux et insouciant, suit son chemin avec une énergie tenace. Il exprime ses affects de façon vigoureuse, sans égard pour personne. Il est vrai qu'il regimbe contre les obstacles qu'il rencontre et contre les luttes qu'il doit mener, mais là où il ne peut être vainqueur, il se montre raisonnable et abandonne sciemment son attitude. Au contraire, le psychopathe expansif, chez lequel on trouve une épine asthénique implantée dans le caractère sthénique, manque, à certains moments, d'assurance et de force de sentiment, ce qui met en lumière une hyperexcitabilité nerveuse et une grande vulnérabilité. A cette composante asthénique partielle, à ce talon d'Achille se fixent certaines expériences vécues qui surexcitent, en partant de ce point, la personnalité sthénique tout entière, accentuant la ténacité opiniâtre et renforçant les réactions affectives. Ces expériences font dévier continuellement ces dernières des voies du bon sens et de celles de l'auto-domination. Il est utile de distinguer, ici, d'emblée, deux variantes du caractère expansif, dont une penche plutôt vers le côté primitif, l'autre vers le côté sensitif de la personnalité, selon que l'hyperexcitabilité prend de préférence les traits d'un égoïsme superficiel ou d'une fine sensibilité à l'égard de l'idée de la justice et de l'éthique. La première variante, bien plus fréquente, forme une transition directe au groupe d'intrigants, la seconde, qui peut s'associer, à des degrés divers, aux traits sensitifs du caractère, semble fournir précisément des représentants marquants et classiques du groupe expansif. C'est un type humain connu : dévoué dans la vie professionnelle, au cœur sensible, mais

Brusque dans son comportement, avec une conscience de lui-même qui n'a pas de bornes, capable, dans l'amour et dans la haine, des affects les plus violents, il a une force nerveuse excessive et longuement persistante.

Comme le caractère et la forme des réactions de ce genre seront bien illustrés par les contrastes, que nous trouverons dans les cas rapportés dans notre étude clinique ultérieure, nous n'en rapportons ici qu'un bref exemple.

Le peintre M..., de condition modeste, est parvenu, grâce à son ambition et son zèle tenace, à s'élever au rang d'un citoyen respectable. Pour les étrangers, c'était un homme fier, renfermé, sensible ; dans son foyer, un père de famille modèle, plein d'affection. En bon soldat, il a fait la guerre dès qu'elle avait éclaté, comme ordonnance passionnément attaché à son commandant, même après la mort de celui-ci. Cet événement l'avait ébranlé psychiquement ; il n'a pu, par la suite, s'adapter à ses supérieurs qui, souvent, n'étaient pas tout à fait irréprochables. Il devient petit à petit méfiant et il croit voir un manque d'égard pour sa personne à propos de faits insignifiants. Ses supérieurs lui font, à leur tour, sentir qu'ils s'aperçoivent de son attitude désobligeante. Finalement, il commence ouvertement à les haïr de toutes ses forces et à se révolter contre eux. Le drame se déclenche lorsqu'il maintient, avec une opiniâtreté de subalterne, une opinion contraire à ses supérieurs. Il s'agissait d'une question technique ayant trait à la construction d'une tranchée. Il refuse d'obéir. On le fait comparaître devant le tribunal militaire. Pendant les longues semaines que dure l'instruction, il développe un délire de persécution, basé sur des observations réelles, minutieusement recueillies. Il les présente au tribunal et il se propose de réduire l'accusation de ses supérieurs et des témoins à charge à un complot de parjures, systématiquement préparé. Il maintient très fermement son opinion également au cours de l'observation psychiatrique. Il présente de graves symptômes de nervosité somatique et psychique, une tension affective extrême ; il est exclusivement préoccupé de « son affaire », mais, par ailleurs, psychiquement normal.

L'expérience vécue qui provoque chez les individus de ce genre des réactions anormales est toujours la même, qu'ils soient fonctionnaires révoltés contre les autorités, soldats révoltés contre leurs supérieurs, paysans en procès avec les propriétaires terriens, perdant jusqu'à la dernière brique de leur maison ou, comme Michael Kohlhaas, assassin et incendiaire, qui succombe dans une lutte contre tout un État. Il s'agit, dans ce cas, d'un conflit extérieur exprimé subjectivement par l'individu isolé,

impuissant en face de l'organisation sociale toute-puissante et de ses lois solidement établies, en face de la jurisprudence, de la discipline militaire et, presque au même niveau, à l'égard de l'opinion publique : il s'agit dans cette expérience de la violation de la volonté individuelle par la volonté collective.

Cette réaction psychopathique, dans sa forme simple, doit être définie comme une névrose de combat ; elle consiste en une nervosité, en une tension durable, grave et sthénique des affects, en un rétrécissement ou, pour mieux dire, en une absorption de l'ensemble des représentations par le seul groupe conflictuel. Dans beaucoup de cas, les choses s'arrêtent à ce stade. Mais lorsque cette unilatéralité de contenu représentatif s'accroît jusqu'à devenir un délire de préjudice, ou bien, lorsque la conscience épuisée se dissocie finalement en donnant lieu à des idées fantastiques de grandeur, comme il arrive parfois, nous serons alors tout autorisé de parler de psychoses de combat. Pour isoler ce groupe entier, il est accessoire de savoir si la maladie dans son évolution est aiguë et curable ou si elle devient chronique et si le délire se systématisé. Comme il est accessoire également de connaître les formes d'extériorisation sociale de ses états, de savoir si le délire s'installe ou si le malade reste au stade de symptômes névrotiques. L'essentiel est de connaître seulement la racine psychopatho-réactionnelle du trouble, la disposition caractérielle spécifique, l'expérience spécifique et la composition psychologique spécifique des symptômes fondamentaux de ces formes réactionnelles. On peut encore inclure, dans le domaine de ces réactions, entre autres, le groupe central des délirants revendicateurs, puis, certaines formes des délires de persécution, comme le cas signalé plus haut, finalement aussi quelques cas de réformateurs et d'inventeurs paranoïques qui plaident à travers toutes les instances en faveur de leurs idées et, pour ainsi dire, à l'encontre de l'opinion publique.

Nous sommes tout à fait d'accord avec Raecke, d'après l'expérience que nous avons acquise, que le « délire de revendication » chronique, systématisé, non corrigible, évoluant souvent la vie durant, décrit dans les traités, est très rare et ne présente qu'un cas limite et qui, en tant que schéma typique, ne convient pas du tout à la médecine légale. Le type le plus fréquent et le plus caractéristique, c'est plutôt le psychopathe sthénique et irritable qui présente des dispositions permanentes à des réactions paranoïdes, celles-ci s'enflammant toujours lorsque les événements extérieurs de la vie leur en fournissent des prétextes. Ces réactions s'affaiblissent lors d'un changement favorable

du milieu ou d'un traitement psychique adéquat. Donc au cours de sa vie un quérulent typique ne présente pas un système délirant rigide prenant inexorablement sa source à partir d'un point précis de l'expérience. Il s'agit plutôt dans ces cas d'un enchaînement de névroses et de psychoses de combat lié aux fluctuations de situations vitales. Même les cas les plus difficiles, devenus classiques dans la littérature psychiatrique et juridique, comme celui de Baron Münch, se conforment à ce schéma, en général, le plus fréquemment rencontré au cours des délires psychopathiques réactionnels. Les « délires imaginatifs des dégénérés » s'en rapprochent, ainsi que le délire de relation sensitif qui, comme nous le verrons, évolue par épisodes, tend à guérir, se laisse influencer par le milieu.

Si nous admettons que la caractéristique essentielle du groupe primitif est le manque de rétention, nous pourrions donner une définition psychologique brève « défaut de répression » à ces réactions et à ces évolutions expansives. On doit noter que les caractères formant ce groupe sont capables de vivre leurs impressions chargées en affects, non seulement quantitativement, mais aussi temporellement, non seulement intérieurement, mais aussi extérieurement, de façon intense et immodérée comme on ne le voit chez aucun autre type de psychopathes. La formation délirante est une suite logique, une conséquence psychologique de la surcharge affective prolongée qui exerce sa pression sur le groupe de représentations déclenchantes. Cette manière rigide d'évolution psychologique des affects différencie essentiellement les développements expansifs des élaborations délirantes basées sur la répression.

Nous désignons par répression, comme il a été dit antérieurement, une rétention consciente des groupes de représentations fortement chargés d'affects, accompagnée d'une vive activité intrapsychique et d'une capacité de conduction défectueuse. Nous appelons le type clinique réactionnel, fondé sur ce mécanisme psychologique, type « sensitif », par opposition au groupe précédent. Nous avons ici également affaire à une impressionnabilité accrue aux stimuli affectifs, mais cette impressionnabilité est, pour la plupart, plus subtile et plus différenciée encore, ce qui a pour conséquence une activation exagérée et durable de la vie intrapsychique. Dans les névroses de combat, on voit une forte capacité de décharge à l'extérieur, sans qu'il existe de frein : l'énergie affective ainsi mobilisée est capable d'amalgamer sans arrêt et sans résistance, la représentation à forte charge affective au contenu total de l'ensemble de représentations. Donc, tandis que chez l'individu de ce groupe il

existe une capacité particulière d'expansion, chez d'autres qui présentent des réactions sensibles, ces dernières sont précisément essentiellement conditionnées par le défaut d'expansion. L'énergie psychique mobilisée par l'expérience vécue est « réprimée », elle adhère au groupe chargé d'affects, resté isolé de la conscience, elle est ressentie consciemment comme un corps parasitaire gênant.

Nous devons encore expliquer le mot clé « d'idée obsessionnelle », pour lui trouver une définition clinique, à l'aide des types représentatifs principaux de ce groupe psychologique. Nous ne considérons pas ici la tendance aux représentations obsessionnelles comme un mécanisme psychique inné et autonome, déjà ébauché psychologiquement et pouvant s'accroître plus ou moins fortement de manière morbide. Si on se plaçait à ce point de vue on devrait le considérer comme une anomalie psychique. Nous ne l'envisageons pas comme quelque chose de constitué, mais comme quelque chose qui se développe sur le fond caractériel, en tant que réaction psychopathique à l'expérience vécue. Le fait qui appuie ce point de vue est que des idées obsédantes nettes ne se rencontrent pas, à proprement parler, dans l'enfance ; qu'elles apparaissent de préférence à des tournants déterminés et importants de la vie. Ce point de vue n'a pas encore suffisamment pénétré dans les esprits. Il faut donc s'arrêter ici brièvement sur la psychologie de la représentation obsédante, celle-ci devant servir par la suite de paradigme à l'analyse du délire de relation (1).

Le défaut d'expansion est déjà préfiguré dans le stade physiologique de la pensée obsédante et dans celui de la gêne anxieuse, qui fait que certaines natures scrupuleuses ou ayant un penchant à la rumination mentale se fixent aux impressions marquantes de la vie quotidienne. Un étudiant qui a ce caractère ne se décide jamais à manquer un seul cours, bien qu'il ait envie de le faire. Il éprouve une gêne, car aussitôt une représentation teintée de déplaisir concernant les lacunes possibles dans les connaissances à acquérir se place au centre de sa conscience. Un autre étudiant, d'application égale, mais de caractère plus léger, verra cette même représentation surgir dans sa conscience. Toutefois, lorsqu'il voudra manquer un cours, il trouvera la solution en écartant purement et simplement, en même temps que cette représentation, la sensation de déplaisir qui l'accompagne. Il mettra en rapport la lacune limitée qui se produira dans son savoir, s'il manque un cours, avec le nombre

(1) Voir également l'Introduction à ce livre.

total de conférences durant le trimestre et avec l'acquisition totale des connaissances qui en résultera.

De cette façon, c'est-à-dire par l'insertion, grâce à une persuasion, de la représentation isolée, chargée d'affects, dans la vaste perspective de toute l'étendue de la personnalité, ou selon l'expression employée plus haut, par une association franche, une intégration complète de l'expérience isolée à l'ensemble des représentations, cette expérience se dépréciera d'elle-même et se mettra au niveau de faits relativement insignifiants, qu'un psychisme normal traite de « bagatelles ». Une conduction à l'extérieur se produit de la même façon lors d'une expérience intérieure isolée. Un père de famille qui a un caractère brusque administre instantanément une gifle à son fils qui a fait une bêtise ; tandis qu'un père à caractère sensible et scrupuleux, chez qui l'acte libérateur a dévié de son trajet, se morfondra à longueur de journées sous l'emprise pénible de l'expérience vécue. Isolée, celle-ci fait tout le temps irruption, de façon obsédante, dans les flots changeants de sa vie psychique.

Ce mécanisme psychologique, que nous avons appelé représentation et qui se définit brièvement comme « corps parasitaire », forme une stase affective secondaire ; stase qui constitue le principe dominant de la psychose obsessionnelle vraie. Les deux processus peuvent être concrètement décrits par chaque obsédé ; une expérience insignifiante se fixe, isolée, dans la conscience ; elle est inaccessible à l'influence du bon sens général ; cette fixation crée un affect à nuances pénibles, qui amplifie de plus en plus cette représentation isolée jusqu'à l'apparition d'une angoisse extrême qui finalement se fait jour en des comportements des plus absurdes.

La névrose obsessionnelle, à l'instar d'une seule représentation obsédante, s'organise en un état morbide complet à partir d'une expérience déterminée fortement chargée d'affects. Pour ne citer qu'un des exemples les plus courants : un enfant élevé dans la religion catholique, ayant des prédispositions spécifiques, mais qui, jusqu'à présent, est exempt de toute représentation obsédante, acquiert celle-ci pour la première fois, lors de sa première confession ; c'est l'idée d'avoir peut-être omis de confesser un péché. Dès lors, il se développe rapidement une rumination obsédante de caractère religieux et éthique, qui se ramifie ensuite abondamment et pénètre de plus en plus profondément dans la vie quotidienne concrète, jusqu'à ce que tout un système de mécanismes obsessionnels primaires et secondaires, s'ensuive. Il est important de souligner en rapport avec la névrose de relation le fait que la névrose chez un indi-

vidu spécifiquement prédisposé n'a besoin d'un motif puissant que pour sa première apparition. Par la suite, de faibles motifs de la vie de tous les jours suffisent pour mettre en branle les mécanismes obsessionnels.

Nous avons jusqu'à présent étudié la psychologie de la répression en prenant pour modèle le mécanisme obsessionnel dans ses deux échelons inférieurs ; notamment, et en premier lieu, la scrupulosité physiologique, puis la représentation obsédante simple. Cette dernière, comme on le voit le mieux dans l'exemple de la rumination obsédante, consiste en un simple retour compulsif des groupes de représentations isolés, parasitaires. La tonalité affective devient alors progressivement de plus en plus pénible. Lors des tensions intrapsychiques plus élevées, comme on le voit spécialement dans les psychoses obsessionnelles vraies, basées sur des événements pénibles de l'existence, se produisent dans le contenu vital inhibé des amalgames complexes, qui sont désignés par le terme d'inversion. Nous donnons ci-contre un exemple de ce processus psychologique.

G..., fille d'un garde forestier, est une jeune fille de caractère très doux. Tout son être a été précocement imprégné de principes moraux. Elle a présenté des ruminations obsédantes de caractère mystique dès qu'elle eut commencé à suivre un enseignement religieux à l'école. Un amour passionné, mais malheureux, pour un des aides de son père, amour qu'elle n'extériorisait pas, étant trop fière et trop timide, fut cause de fortes luttes intérieures. La jeune fille tomba malade en essayant, en vain, de réprimer ses sentiments et de se créer une vie intérieure calme. Ces troubles psychiques l'obligèrent à entrer dans notre maison de santé. Plusieurs mois durant, elle ne put plus regarder aucun homme, se croyant mauvaise, vicieuse, se sentant contrainte de cacher sa figure, dès que le médecin entra dans sa chambre, car elle croyait avoir en ce moment un regard sensuel. Elle souffrait d'avoir des idées fantastiques, qui s'imposaient à elle, tantôt sous forme de représentations obsédantes, tantôt sous forme d'appréciation erronée du réel. Elle s'imaginait avoir un serpent dans le corps. Cette représentation, qui était surtout tenace et pénible, dès qu'elle surgissait, s'accompagnait d'un sentiment grandissant de dégoût et de désespoir qui l'envahissait entièrement. Cette représentation donnait finalement lieu à une sensation physique de palpitation intérieure et d'étouffement qui montaient jusqu'à la gorge et qui, parfois, arrivaient à prendre un aspect hallucinatoire. Ainsi, il lui semblait qu'elle sentait la tête du serpent dans l'arrière-gorge. Par la suite, la malade est parvenue à nous raconter qu'au moment de sa décep-

tion amoureuse elle avait parlé, à une de ses amies, du paradis et du péché originel. Cette amie, très croyante, était d'avis que les tentations du serpent devaient signifier la séduction de l'amour sensuel. C'est peu de temps après que la malade eut pour la première fois l'impression d'avoir en elle un serpent.

Dans cette image obsédante de l'étouffement intérieur par le serpent, nous trouvons donc condensé tout ce qui se déroulait dans l'esprit de notre malade depuis l'expérience psychique pathogène : l'amour passionné réprimé, la lutte qui s'en était suivie entre l'instinct et le renoncement exigé par la religion, les tourments intérieurs et le mépris de soi-même pour la défaite morale. Nous comprenons maintenant pourquoi cette représentation obsédante était si fortement chargée d'affects, pourquoi elle était si tenace et si douloureuse et pourquoi sa vivacité était si maladivement exagérée : une expérience vitale ébranlant le psychisme est réprimée ; de longues luttes intérieures amènent une tension toujours plus forte des affects, jusqu'à ce qu'un jour un événement peu important de la vie quotidienne (dans notre cas la conversation avec l'amie), s'y lie par association et dégage involontairement du contenu primaire de l'expérience vécue un groupe de représentations secondaires, morbides, qui lui sont apparemment étrangères. Dès lors, ce groupe forme un mécanisme psychique indépendant, détaché du contenu primaire. C'est dans cette représentation que se trouve fixée la valeur la plus essentielle de l'expérience vécue primitivement ; elle la reflète, pour ainsi dire symboliquement, sous une forme imagée, comme une représentation complémentaire, symétrique, qui doit accidentellement sa forme extérieure à un événement de la vie courante.

Nous définissons comme inversion ce processus morbide qui représente le degré le plus élevé de la répression et nous le comprenons comme une image spéculaire d'un groupe de représentations soumis à une élaboration intérieure et consciente exagérément intense, pour devenir un mécanisme de la pensée, conscient, secondaire, indépendant. Il est apparenté à l'expérience primaire, par voie associative, mais ne s'en développe pas de façon combinatoire.

Le sens du réel par rapport à cette représentation inversée peut revêtir différents aspects : il peut acquérir la force d'illusions sensorielles. Si ce mécanisme opère continuellement avec des jugements du réel positifs, nous verrons se développer un tableau clinique de syndromes à prédominance paranoïaque. Nous le décrivons plus loin sous le nom de « délire de relation sensitif ». C'est une formation délirante à prédominance « combinatoire »,

où il est évident que le terme « combinatoire » ne se rapporte pas à l'acte d'inversion lui-même, mais à l'élaboration des expériences secondaires déjà inverties. Si le jugement du réel est continuellement négatif, nous choisirons la définition clinique de « représentation obsédante invertie ». Mais l'appréciation de la réalité oscille souvent et on trouve fréquemment dans le même tableau clinique l'évaluation positive et négative pour telles ou telles représentations. Nous voyons également que, à l'égard de la même représentation, le jugement du réel oscille de jour en jour, d'heure en heure, tout le long de l'échelle entre les deux pôles, le positif et le négatif. C'est notamment des cas de ce genre que nous trouverons dans l'étude qui suivra et qui nous permettront de préciser notre point de vue et de répondre négativement à la vieille controverse sur l'existence d'une différence fondamentale entre une représentation délirante et une représentation obsédante.

Il faut, dans le domaine des affections psychopathiques réactionnelles, faire ressortir plutôt les différences fondamentales entre tel ou tel délire, qu'entre un délire et une obsession. L'opposition profonde entre les deux aspects de formations délirantes, logique et combinatoire, que nous avons analysées jusqu'à présent, doit être fortement soulignée ici dès maintenant. On doit le faire d'autant plus que jusqu'à ces derniers temps les deux formes évoluant vers la chronicité ont été de préférence associées à certaines affections délirantes d'un troisième genre et considérées comme une seule unité morbide, notamment la paranoïa chronique simple. La différence entre ces deux types réactionnels, que nous avons définis comme évolution expansive et sensitive, est contenue déjà dans la forme même des réactions, abstractions faites des dispositions caractérielles qui sont à leur base et que nous étudions dans les lignes qui suivent.

L'évolution expansive des vrais revendicateurs est rectiligne : dès l'expérience originelle jusqu'aux conséquences extrêmes du délire de revendication les échelons suivants naissent toujours de façon combinatoire, de l'échelon précédent. Le délire de relation à l'évolution sensitive se poursuit en ligne brisée : l'expérience pathogène primaire s'enrichit progressivement d'une valeur affective de plus en plus élevée ; brusquement, ce développement est arrêté et l'expérience secondaire invertie apparaît et devient dominante. Ce n'est qu'à partir de ce moment qu'elle continue à se construire, de façon combinatoire. L'inversion représente donc le point où la suite de l'élaboration psychique consciente de l'expérience s'incurve passagèrement. Un rôle

purement passif échoue alors au moi conscient qui recommence de nouveau à être actif lors de la naissance de l'expérience secondaire. L'embranchement, qui se trouve en dehors de la conscience et qui interrompt l'évolution sensitive, dans la mesure où celle-ci tend à l'inversion, autorise, d'autre part, le parallèle avec la déviation hystérique. Toutefois, l'inversion pour les sensitifs n'est qu'une modification de la forme de l'expérience, avec laquelle ils se débattent aussitôt, de façon consciente, sans que pour cela l'expérience primitive quitte le champ de conscience et que diminue la force de l'affect. Pour l'hystérique, c'est un saut dans « l'inconnu » qui l'éloigne pour longtemps de la sphère conflictuelle. Bref, l'hystérique esquive la lutte avec l'expérience vécue, l'expansif la rejette catégoriquement hors de lui, le sensitif s'en morfond intérieurement.

Dans le problème des névroses obsessionnelles, des parallèles très nettes se font jour entre notre domaine d'observation psychologique et certains résultats de recherches de l'école psychanalytique. Ceci nécessite une mise au point de notre attitude à l'égard de cette doctrine. Nous aimerions pourtant que l'on ne confonde pas le matériel psychologique objectif, réuni par l'école de Freud et les théories construites sur cette base. On peut fermement récuser bien des choses de la théorie et de la thérapie de Freud lui-même, mais il faudrait juger avec plus d'équité le matériel objectif réuni dans la littérature psychanalytique que ne le font les principales écoles psychiatriques, au grand dommage de la science. On pourra d'autant moins nous reprocher une partialité à l'égard de l'école psychanalytique que le développement de nos idées dans le domaine caractérologique, exposé dans ce livre, à part ces quelques remarques, n'a aucun point de contact avec la littérature psychanalytique.

Beaucoup de données apportées par Freud à la psychologie de la névrose obsessionnelle sont extrêmement bien saisies et interprétées de façon ingénieuse. Dans les névroses obsessionnelles, le « déplacement » réflexe des affects de l'expérience pathogène vers les groupes de représentations apparentés, observé dans la vie de tous les jours, selon l'affirmation de Freud, correspond exactement au processus que nous avons pu constater chez la fille du garde forestier, en dehors de toute théorie psychanalytique ou d'une quelconque technique d'investigation. Il ne peut y avoir le moindre doute, pour le fait comme tel, du moins en ce qui concerne les représentations obsédantes inverties dans les stades avancés de l'obsession. D'autres traits encore, relevés par Freud dans la névrose obsessionnelle, par exemple

l'oscillation entre l'amour et la haine pourront être plus d'une fois retrouvés au cours de notre exposé dans les cas des névroses de relation, intimement apparentées aux névroses obsessionnelles. On discerne facilement qu'à l'origine de la maladie de la plupart de nos patients se trouvent des conflits sexuels et éthiques, ce qui a des fondements caractérologiques précis. Nous en parlerons plus loin. Dans ce domaine, nous faisons nôtres les constatations, mais pas toujours la théorie, de Freud. Mais, même en ce qui concerne les constatations, nous n'allons pas aussi loin que Freud pour accorder dans tous les cas des motifs uniquement sexuels et moraux. Nous limitons, en quelque sorte, passablement, la notion du sexuel.

Finalement, en ce qui concerne le rapport entre les effets de l'expérience « récente » et de ceux des traumatismes psychiques du jeune âge on trouve dans les cas de Renner un parallèle intéressant avec les observations de Freud. La malade nous parla spontanément, au cours d'un simple entretien, du rapport entre ses scrupules érotiques actuels et l'expérience vécue dans sa jeunesse (l'attitude de son oncle), sans que nous ayons dirigé notre recherche dans ce sens. De ce côté le fait, comme tel, est donc indiscutable. La question est seulement de savoir si, dans tous les cas, ou si dans la plus grande majorité des cas, les expériences sexuelles de l'enfance ont une importance sérieuse. Ou, du moins, il faut se demander si on peut les faire ressortir de façon scientifiquement irréprochable, c'est-à-dire dans leurs relations causales. Il faut savoir si nous n'influons pas fortement le sujet, en dirigeant d'emblée sa pensée dans le sens désiré, et que de cette sorte nous ne dévalorisons pas le résultat de l'exploration avant qu'il ne soit obtenu. On reconnaîtra facilement la faiblesse de l'argumentation de Freud concernant ce problème, par exemple, en lisant attentivement ses *Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose*.

Une autre question est liée à ce problème ; à savoir de quel ordre de grandeur est l'importance réciproque du contenu de traumatisme infantile et du traumatisme de l'âge adulte, dans les cas comme celui de Renner où nous trouvons de façon objective une interaction affective intime entre l'expérience de jeunesse et l'expérience récente. Ce cas pourra nous prouver (si on ne fait pas d'interprétations dépourvues de valeur) que la psychose est dominée par l'expérience nouvelle, tandis que l'expérience infantile, conformément aux lois de la psychologie normale, est ressortie accessoirement de la mémoire comme argument au service du sentiment morbide de culpabilité. Nous n'avons donc aucune raison de nous associer à Freud lorsqu'il

souligne, pour des motifs d'ordre théorique précisément, l'importance de l'expérience infantile.

Nous cherchons également, dans tous les cas, à explorer à fond l'histoire psychopathique de la jeunesse du malade et nous considérons que cette époque constitue la source la plus vive pour l'étude du caractère. Les effets de l'expérience vécue ne nous intéressent pas en eux-mêmes, mais plutôt par leurs relations avec des traits déterminés et en tant que symptômes de ces derniers. Les expériences du jeune âge sont importantes pour nous par la forme subjective dans laquelle elles étaient vécues et en tant que symptômes précoces d'un caractère donné. Nous ne nous hasarderons pas à préciser théoriquement, et en généralisant, le degré de l'influence propre qu'elles exercent dans la vie de l'adulte, mais nous les prendrons en considération dans des cas particuliers où le malade nous en fournira des indications spontanées et nettes. Le traité *Charakter und Analerotik* nous montre comment Freud déplace, sous l'influence de sa théorie, les rapports caractérologiques, lorsqu'en général il leur prête attention.

Nous voudrions souligner avec force, en pensant aux points de vue des psychanalystes, la différence fondamentale entre ce que nous désignons comme « répression » et la notion psychanalytique de « refoulement ». D'après notre expérience, dans les caractères à base sensitive, les « répressions » réelles et graves, réalisées lors d'une expérience vécue primaire, restent avec toute leur lourde charge affective entièrement conscientes au centre du champ de la pensée. Tandis que les « refoulements » hystériques s'appuyant pour la plupart sur les composantes caractérielles primitives, cherchent, lors de l'expérience primaire, à se dissimuler derrière les symptômes morbides de couverture. Il est évident que cet état de choses n'a pas échappé à un observateur aussi expert que Freud, qui convient que dans les névroses obsessionnelles l'expérience pathogène reste souvent consciente. Mais il cherche à effacer la différence qui existe entre cet état et l'hystérie en refusant à accorder dans ce dernier cas, une valeur affective à cette expérience primaire, et il essaie de lui adjoindre un concours de causes inconscientes sans, qu'en fait, on voie la nécessité de formuler cette hypothèse.

Toutefois, on ne peut nier la possibilité de diminution partielle du rôle de l'expérience primaire dans les cas de représentations obsédantes simples, qui se développent plutôt occasionnellement à partir des faits psychiques de moindre importance.

Donc, dans le domaine de la névrose obsessionnelle, nous

sommes souvent d'accord avec Freud, sinon en ce qui concerne le côté théorique du problème, du moins, dans le domaine des faits. Cependant, les résultats de notre étude relative au problème de la paranoïa ont peu de rapport avec la conception psychanalytique de celle-ci ; tout au moins avec la façon dont ce problème est présenté dans l'ouvrage principal de Freud (cas Schreber). Au lieu d'apporter des données d'observations nouvelles, on trouve dans ce travail des interprétations, des conclusions les plus osées faites par analogie, qui n'ont de significations qu'en relations avec la théorie freudienne. Un psychiatre n'appartenant pas à cette école peut seulement mettre à profit quelques points de vue isolés. En outre, le fait que Freud néglige les facteurs processuels dans la genèse de cette maladie, ne permet pas, en général, d'aboutir à une délimitation de la notion de la paranoïa, ce qui aurait pu être très utilement discuté dans le cadre de notre travail.

Nous avons défini comme « sensitive » la disposition caractérielle qui est à la base de rétention, dès son échelon physiologique jusqu'à l'inversion. Le terme « sensitif » ou « sensible » s'applique précisément très bien à ces natures délicates, qui, non seulement sont profondément impressionnables par les expériences vécues, mais qui les élaborent longuement en profondeur, sans en laisser apparaître aucun signe extérieurement. Ce type de caractère possède plus de composantes asthéniques que sthéniques. Il représente, comme en miroir renversé, le portrait de la personnalité expansive : une composante sthénique moins forte irrite le noyau asthénique du caractère. Lorsque le psychisme subtil des sensitifs entre en conflit avec certaines expériences, il ne peut, comme le fait l'asthénique pur, s'y soumettre avec une passivité douloureuse et pénible. Il sera plutôt entraîné vers des luttes intérieures, sous l'emprise d'un sentiment délicat de culpabilité et des aspirations éthiques, propres à son caractère. Mais ses forces limitées ne lui permettent pas de faire face à ces luttes. Les représentants accomplis de ce groupe sont des personnages à caractère doux, sensibles, à psychisme très nuancé, des individus qui intériorisent leur vie affective, celle-ci étant fortement imprégnée de sentiments éthiques altruistes. Ils dissimulent longuement leurs tensions affectives, ils n'assimilent pas les expériences importantes et ne sont pas en état de les extérioriser librement. Ils possèdent une grande valeur intérieure, mais dans leur conduite extérieure, ils manquent, pour la plupart, de sécurité et montrent une certaine gêne. La variante de ce type, qui a une tendance à la psychose obsessionnelle, a déjà été souvent bien décrite : scrupulosité exagérée, pédanterie,

ruminations mentales. L'autre variante caractérielle, qui trouve son expression pathologique dans le délire de relation sensitif, pourra être étudiée en détails plus loin à travers les cas cliniques que nous rapportons.

On peut, sans grande peine, se rendre compte de la différence qui existe entre le groupe de caractères sensitifs et celui de caractères expansifs. Les premiers montrent surtout une diminution considérable de la force psychique et, en relation avec cette diminution, une direction inverse de leur décharge affective et de leur orientation éthique. En outre, le tableau du caractère sensitif nécessite une autre délimitation encore. Dans notre pratique médicale, nous nous heurtons notamment, bien qu'assez rarement, à un autre type humain, où la quantité de force psychique employée dans l'élaboration de l'expérience semble s'abaisser jusqu'à un degré considérablement plus bas que chez les sensitifs. Ce type pourrait, pour cette raison, être défini par le terme de « constitution asthénique pure ». La force psychique des sensitifs se manifeste par le travail d'activation intrapsychique ; elle capitule seulement devant le dernier obstacle, devant l'expression finale de l'effet de la stimulation et c'est ainsi que se constitue la répression. Les asthéniques purs ne sont plus capables de réprimer. Ce sont des natures d'une mollesse extrême, de volonté faible, sans défense, qui souffrent de la vie, qui n'ont aucune résistance ; ils ne peuvent ni haïr, ni se mettre en colère ; lors d'une expérience intense, ils deviennent tristes et las pour longtemps et leurs pensées s'égarent. Nous définissons cette forme de réaction intérieure simple, rectiligne, comme une *réaction purement asthénique*. Elle se manifeste cliniquement comme une *dépression réactionnelle* qui se distingue du cycle réactionnel de la folie maniaco-dépressive par la douceur diffuse, la suggestibilité, le besoin de communication avec autrui qu'ont ces individus, ainsi que par leurs affinités avec la nervosité simple, spécialement, par leur fatigabilité extrême et leur sensibilité aux stimulations. Cette *forme de réaction : dépression inerte à nuance nerveuse, exemple de tension* se rencontre seulement chez des psychopathes avec composantes asthéniques prédominantes. Cette forme, comme nous le verrons plus tard, appartient donc encore aux formes de réactions qui sont susceptibles d'être trouvées dans le groupe de caractères sensitifs. Comme ce type de réactions, le caractère asthénique a aussi de l'importance pour la compréhension des cas sensitifs que nous rapportons. Nous en donnons ci-dessous un bref exemple.

J... est un paysan. Son hérédité est très chargée ; dès sa

prime enfance, il était de santé délicate et manifestait une grande nervosité. C'était un garçon de grande bonté, confiant et très sensible, il était très bien doué. Même à l'âge adulte, il était de tout cœur attaché à sa mère. Il ne se sentait jamais heureux, devenait facilement anxieux, perdait « la tête » à la moindre brusquerie, jusqu'au point de ne pas savoir comment s'en sortir seul. Il n'avait aucune confiance en lui-même, était trop timide pour se lier avec quelqu'un en dehors de sa famille. Il était compatissant, ne supportait pas la vue du sang, craignait tellement les disputes qu'il se sauvait aussitôt que deux personnes commençaient à élever la voix. *Extérieurement, il ne manifestait jamais d'irritabilité et n'avait jamais eu de discussion avec personne.* A l'école, il bégayait. Il a toujours eu des cauchemars et du somnambulisme. Il se fatiguait vite physiquement, avait souvent des maux de tête et des afflux de sang à la tête ; il avait des palpitations et des sudations ; en 1914, il a eu un accident de bicyclette auquel il a réagi par une dépression d'une durée de six semaines ; pendant ce temps, il parlait peu et pleurnichait continuellement.

Il est tombé malade une seconde fois, après son appel sous les drapeaux, en août 1916. Il se sentit aussitôt fatigué par les efforts physiques, souffrait du comportement de ses compagnons avec lesquels il ne pouvait se lier, il avait la nostalgie de l'atmosphère amicale dont il était entouré dans sa famille. Il perdit le sommeil et fut bientôt transféré à l'hôpital. Mis en observation, il se montra extrêmement doux, affectivement labile, anxieux et très triste ; il avait souvent des larmes aux yeux. Son visage était infantile, il tournait sans cesse autour de lui son regard timide. Il se sentait las et épuisé, chaque bruit fort, le grincement des voitures, les coups des portes, lui donnaient mal à la tête. Il était docile, modeste, poli ; il manifesta aussitôt sa pleine confiance au médecin, et il était visible qu'il lui expliquait clairement et raisonnablement son état pour se tranquilliser lui-même. Il venait souvent spontanément au cabinet médical ; se sentait mieux lorsqu'on l'avait réconforté ou même si on lui permettait seulement de rester assis tranquillement devant le bureau. La nuit, mi-éveillé, et aussi dans la journée, lorsqu'il était seul, il voyait des formes bizarres, terrifiantes, qui criaient après lui ; il entendait le tonnerre, des injures ou voyait s'approcher de lui un feu sortant de la terre. A la suite de ces phénomènes, il était en proie à une si forte angoisse qu'il se sentait forcé de fuir de sa chambre, sans tenir compte de rien. A deux reprises, il eut des troubles de la conscience accompagnés de tremblements et de sudation. Il demanda qu'on le laisse rentrer

chez sa mère, car celle-ci savait « tellement bien le réconforter » que sa tristesse disparaissait toujours.

C'est un cas extrêmement grave de caractère asthénique. Il est évident qu'ici, la définition clinique « dépression constitutionnelle » n'est capable d'englober qu'une partie des faits et peut-être même pas l'essentielle. Ce que nous ressentons comme trait fondamental de ce caractère c'est le *manque de moyens de protection et de défense contre les événements extérieurs, chez un individu trop faiblement doué psychiquement pour les luttres de l'existence*. On comprend aisément que ces individus qui, à chaque pas, souffrent de la dureté des exigences de la vie ne se libèrent pas de leur dépression épuisante ; dans ces cas, celle-ci ne doit pas être considérée comme un genre de mélancolie, primaire, endogène. Là où la disposition asthénique n'est pas grave, elle n'est pas en fait toujours liée à une humeur générale dépressive. En tout cas, nous pouvons supposer que des transitions existent entre la constitution asthénique et le cycle constitutionnel circulaire et dépressif. Ou, pour mieux dire, que souvent le même tableau de maladie, considéré sur le plan des réactions caractérielles se présente comme appartenant à une constitution asthénique et, sur le plan biologique autonome, comme étant une dépression constitutionnelle. Nous nous trouvons de nouveau, ici, sur un des nombreux points où les principes psychologiques et biologiques s'intriquent entre eux.

A la fin de notre dénombrement psychologique, nous sommes arrivés à constituer, à côté des délimitations entre cinq types principaux de réactions psychopathiques, quatre groupes principaux de caractères psychopathiques : le primitif, l'expansif, le sensitif et l'asthénique pur. Chacun de ces types de caractère a été défini en tenant compte de leur possibilité. Cette formule permet d'exprimer, par des notions nettement déterminées, l'essentiel de ce qui est commun et de ce qui est différent dans ces caractères. Nous pouvons ainsi représenter commodément les transitions et les parentés entre toutes les formes psychopathiques de caractère, comme nous pouvons, par l'addition ou la soustraction des éléments isolés passer d'une formule chimique à une autre. Nous pouvons donc faire dériver, des associations de ces facteurs primaires, le genre d'habitudes caractérielles, les nuances des états psychiques, le sentiment de soi et, particulièrement, les qualités éthiques, qui confèrent un relief saillant aux formes cliniques isolées. Dans le cadre du présent travail nous n'avons pu mentionner que brièvement les tendances éthiques. Dans toute notre terminologie psychologique, nous avons surtout évité de donner des explications cau-

sales à des phénomènes vitaux, psychopathiques, ce qui en général est impossible, mais nous nous sommes borné à grouper en notions précises, ce qui se présentait à nous objectivement. Cette façon de procéder n'est pas un jeu puéril de systèmes, mais le chemin qui nous mène le plus près de la connaissance précise de l'objet de notre recherche ; celui de l'investigation psychique. Nous le prouverons en appliquant ce principe tout particulièrement à nos cas cliniques. Aussi abordons-nous immédiatement ce sujet.

CHAPITRE III

DÉLIRE DE RELATION ÉROTOMANIAQUE
DE VIEILLES FILLES

Hélène Renner, née le 14 novembre 1877, est employée de bureau. Son père est un alcoolique, extrêmement excitable et irascible, noceur, mais travailleur et assez sensible. Sa mère est morte. C'était une personne douce, aimable, calme, une femme d'intérieur dévouée, qui souffrait parfois de l'attitude de son mari. Elle était sujette, de temps en temps, aux syncopes. Les cinq frères de la malade étaient tous des individus excités et pour la plupart quelque peu coléreux, grossiers, cherchant la querelle, ayant un faible pour la bouteille, mais tous adaptés à leur travail. L'un d'eux avait des crises, un autre avait un caractère difficile, avec tendance à la dystonie ; à ces moments, il ne parlait pas des journées entières. Une fois, pendant tout un été, il évita les gens, devint anorexique et inactif. Enfant, il était tellement sensible à certains bruits que parfois, il se roulait par terre. Des trois sœurs de la malade, une était sujette aux évanouissements, une autre était extrêmement nerveuse, émotive, avait des crises cardiaques ; en outre, ses explosions affectives étaient dépourvues de fondement. Un frère de la mère est mort dans un asile d'aliénés ; une de ses sœurs, personne exaltée, fantasque et anxieuse, avait de temps en temps des hallucinations ; un oncle paternel de la mère était un original, niais et excité. La malade elle-même, était dès sa prime enfance très délicate de santé, très sensible, mais intelligente et ambitieuse. Elle souffrait de maux de tête et elle était si sensible à la douleur qu'elle s'évanouissait même quand on lui démêlait les cheveux. On devait se garder de l'éveiller brusquement le matin. Elle était première en classe, excessivement ambitieuse, inconsolable si elle ne pouvait, par hasard, garder sa première place, avide d'apprendre et s'intéressant à tout. Elle avait une peur terrible des sorcières et des fantômes, lisait beaucoup, des histoires d'Indiens de préférence ; la description de chaque cascade du

Mississippi la faisait rêver. Même beaucoup plus tard, nous disait-elle, elle pouvait pousser des cris en lisant des histoires horribles, des romans policiers. Elle avait pour sa mère un attachement enthousiaste, une adoration pleine de dévouement. Elle était très sensible aux blâmes, s'emportait facilement, gardait rancune longtemps. En général, elle ne pouvait se débarrasser pendant longtemps des impressions pénibles, et même enfant, pensait que tout le monde la regardait, lorsqu'il y avait un petit désordre dans ses vêtements.

En grandissant, elle devint vite indépendante, chercha à s'instruire dans tous les domaines. A partir de 17 ans, elle eut des situations bien rémunérées comme employée de bureau ou comme dactylographe. Elle était très appréciée pour son intelligence et son zèle, sa politesse et son honnêteté, malgré sa nervosité et sa sensibilité. On lui confiait parfois des postes de confiance. Des tentatives passagères de se mettre au travail physique, en tant que femme de chambre, échouèrent à cause de sa grande fatigabilité. Elle avait une tendance innée à prendre tout au sérieux. De là s'étaient précocement développés des principes moraux sévères qui, dans le domaine sexuel, pouvaient passer pour de la scrupulosité. Sa tendance à la réserve et son profond attachement à la religion y jouaient également leur rôle. Déjà, dans son enfance, elle ne pouvait s'amuser que lorsque quelqu'un l'y incitait ; elle pouvait alors devenir tapageuse et turbulente, mais l'idée lui venait aussitôt que sa conscience lui reprocherait d'avoir été si gaie. Plus tard, elle ne détestait pas les distractions, mais pouvait difficilement s'extérioriser, et ne se sentait pas à son aise au milieu de gens qu'elle ne connaissait pas bien. Toutefois, chaque soirée passée en divertissement l'épuisait tellement que, même étant jeune, elle devait, après cette soirée, garder le lit presque toute une journée. Elle était anxieuse et soucieuse pour les siens. On avait également remarqué chez elle des tendances précoces aux idées obsédantes : avant de se coucher, elle devait toujours regarder sous le lit, puis sortir à plusieurs reprises pour s'assurer que la porte était fermée.

Le premier trouble de son équilibre psychique s'était manifesté à l'âge de 20 ans, après la mort de sa mère qu'elle avait tendrement aimée. Déjà, au cours de la longue maladie de celle-ci, elle pleurait beaucoup et désirait elle-même mourir. Après la mort de sa mère, elle a été inconsolable à peu près pendant un an, profondément déprimée et malheureuse, mais à vrai dire, on ne pouvait soupçonner à ce moment un trouble psychotique. Elle avait alors des douleurs de l'hémiface. En outre, elle se sentait un peu faible et était incapable de travailler ; la

plupart du temps, à midi déjà, elle se sentait très fatiguée. En été, et particulièrement au changement de la saison, au printemps, elle se sentait plus indolente et moins bien qu'en hiver. Au moment de ses règles, elle était toujours plus déprimée et plus maussade. Mais, en même temps, elle travaillait bien dans les bureaux d'une grande usine de K... où elle était employée.

Un jour, sous l'impulsion d'un affect, elle donna sa démission. Ce jour-là, on voulait la charger, indûment, pensait-elle, d'un travail nouveau. Elle se mit à pleurer, se sentit très énervée, fatiguée et malade. C'est alors qu'elle eut l'idée de s'engager comme femme de chambre dans une ville d'eau, croyant améliorer sa santé de cette façon. Mais elle n'avait pas assez de force physique pour ce travail et reprit son ancien emploi de bureau où on la reprit immédiatement. En 1902, elle craignit avoir une maladie pulmonaire, mais se remit très vite après un séjour dans la Forêt Noire. Après quoi, elle s'occupa de travaux d'intérieur dans sa famille pendant deux ans. Un surmenage survint alors ; de plus, elle souffrait beaucoup de la conduite de son père et de ses frères, car elle se sentait blessée par chaque mot grossier. Il y eut beaucoup de disputes et d'ennuis dans sa famille ; elle pleurait, priait, se sentait souvent tout à fait abandonnée et son moral baissa beaucoup. En 1905, elle alla habiter chez des parents à G..., en Forêt Noire et y trouva une situation dans le bureau d'une usine. Elle y était très appréciée et ne se surmenait pas, elle avait des chefs compréhensifs ; de temps en temps, elle assumait de grandes responsabilités dans les transactions financières. Chez ses parents, l'atmosphère familiale était très amicale ; notre malade était gâtée et estimée. Elle reprit courage et, selon toute évidence, se sentait vraiment heureuse, animée, et exécutait son travail avec rapidité et facilité.

A ce moment survint un tournant décisif. Depuis 1906, elle travaillait avec un jeune homme qui, au début, lui était indifférent, mais pour lequel, avec le temps, elle commençait à avoir un sentiment de sympathie. Immédiatement, elle se mit à le réprimer, car le jeune homme avait huit ans de moins qu'elle. Elle pensait que, pour cette raison, si elle se mariait avec lui, elle ne pourrait pas le rendre heureux. Ses sévères principes moraux lui dictaient d'éviter énergiquement toute familiarité avec lui et elle luttait avec dégoût contre ses violents émois sexuels, sans pouvoir les maîtriser complètement. Bien qu'elle conservât sa pénible réserve et ne permit pas au jeune homme la moindre familiarité, elle pensa bientôt qu'il partageait ses sentiments. Elle surveillait jalousement chacun de ses pas et avait du chagrin lorsqu'il causait plus longtemps avec une

autre employée. Elle se mettait à le haïr formellement lorsqu'il ne répondait pas à l'image qu'elle s'était faite de lui ; elle se sentait blessée par chacun de ses mots, s'ils n'étaient pas tous à fait choisis. Et, malgré cela, elle l'aimait toujours. Elle remarqua qu'elle ne pouvait plus supporter le regard du jeune homme qui, habituellement, était assis en face d'elle. Elle lutta ainsi pendant des mois et des années, de toutes ses forces, contre ses sentiments, ballottée entre l'aversion et la sympathie. En même temps s'était éveillé en elle, avec une force nouvelle, un souvenir de jeunesse qui ne s'était jamais complètement effacé. Lorsqu'elle était jeune, l'oncle chez qui elle habitait actuellement à G..., s'était mis, contre son gré, et de façon non équivoque, dans son lit sans qu'il se soit produit quelque chose de contraire à la morale. Elle avait alors 12 ans et, déjà à ce moment, elle se faisait beaucoup de reproches et était tourmentée, bien vaguement, par la crainte d'être enceinte. Ce souvenir finissait par la convaincre dans l'idée qu'elle était un être vicieux, idée qui lui venait au cours de sa lutte contre ses tendances érotiques. Elle croyait avoir un regard sensuel, qui devait attirer l'attention de tout le monde. Et, de nouveau, comme dans sa jeunesse, la pensée de devenir enceinte commençait à l'obséder.

Voici ce qu'elle écrivait :

Je me suis confiée alors à ma tante ; mais je ne me laissais pas tranquilliser. Comme je lui parlais toujours de mes soucis, elle perdit patience, et un jour, alors que le calme régnait tout autour et que les fenêtres étaient ouvertes, elle lança la nouvelle à haute voix. Je ne me rappelle pas au juste ce qu'elle avait dit, mais je sais que cela m'a fait une impression terrible et que je me suis dit : « Eh bien, tout est perdu, c'en est fini avec moi. » Depuis, je me suis aperçue que les gens me regardaient dans la rue, et parfois j'entendais aussi leurs observations au sujet de ma soi-disant grossesse. Et, en effet, j'avais grossi, mais je pesais toujours, tout habillée, 92 livres. Je ne mangeais presque pas à ma faim, de peur de grossir encore et aussi parce que j'avais à lutter contre des troubles digestifs. J'ai remarqué que je me singularisais par ma peur. *Mais dès qu'on faisait des allusions de ce genre, je savais pertinemment que ce que je craignais ne pouvait être vrai.* A ce moment, je me disais que si cela était le cas, toutes les lois de la nature auraient dû être renversées. Mais, dès que je restais seule, la peur revenait aussitôt ; je pensais qu'on avait pu m'introduire peut-être quelque chose à l'aide d'une piqure, etc.

Bientôt, elle a constaté qu'au bureau, également, dans les conversations, on faisait des observations à son sujet. C'était « on le voit d'après les yeux » ; « celle-là est vilaine, elle n'a rien à espérer » ; « quelle cochonne ». On lui faisait honte ; on la chicanait ; on voulait la faire quitter sa place par jalousie envers le jeune

homme. Six mois après, elle est allée voir le chef du bureau, pour lui donner sa démission, car selon toutes les apparences, on ne voulait plus d'elle. Les encouragements amicaux de son chef l'avaient rassurée pour un certain temps. Puis, de nouveau, elle revint à son idée, mais se laissa calmer par son chef et par les propriétaires de l'usine. Ceci s'était répété plusieurs fois. Elle n'a pas voulu démissionner car elle avait promis de rester plus longtemps et parce qu'elle était contente de cette belle situation grâce à laquelle elle gagnait bien sa vie. Entre-temps, il lui semblait que les allusions se répétaient dans les conversations de ses collègues. Au début, plus d'une fois, elle leur faisait des scènes, par la suite elle décida de se dominer et de considérer cet état de choses comme une pénitence, bien que cela lui semblât parfois dur à supporter.

Je supportais mal moi-même d'être obligée de penser à ces faits (l'expérience avec l'oncle et le sentiment actuel), et je me sentais indigne de malheureuse, je me faisais des reproches de ne pas pouvoir me dominer davantage.

Son état nerveux empira rapidement. Il lui était difficile de réfléchir, elle était presque incapable de faire des calculs. Elle avait l'impression qu'il se passait quelque chose dans sa tête, que quelque chose n'y allait pas bien. La nuit, elle ne dormait pas, tourmentée par ses pensées. Dans cet état d'anxiété, elle faisait des reproches amers à son oncle ; elle l'accusait d'être responsable de sa maladie, par sa conduite antérieure. Plus tard, elle exigea de lui qu'il dénonce son ancienne attitude immorale et répréhensible, d'après elle. Elle ne se rendait pas compte alors que cet épisode avait depuis longtemps perdu son actualité. Elle croyait même que c'était son devoir, à elle, de dénoncer officiellement ce fait, mais elle ne pouvait s'y décider, pour ne pas entraîner toute la famille dans le malheur et la honte. Elle préférerait se sacrifier elle-même et garda le silence bien que ceci lui fût d'une souffrance insupportable.

Depuis lors, elle vivait dans la crainte continuelle que la police ne vienne à la maison et l'interroge, ainsi que son oncle. Elle voyait également des allusions dans les journaux. La police voulait imperceptiblement la contraindre aux aveux. L'attente du journal était un tourment pour elle, car elle pensait y lire tout ce qu'on savait sur son compte. Ses pensées l'exténuaient, mais elle ne pouvait passer outre.

Avec le temps, disait-elle, *tout avait l'air de se rapporter à moi*. Je n'entendais dans la conversation, ne lisais dans le journal, que des reproches qui m'étaient adressés.

Elle était surexcitée et profondément malheureuse. Dans la rue, tout le monde la dévisageait, chacun faisait un détour pour l'éviter ; lorsqu'elle était à l'église, le sermon ne s'adressait qu'à elle. Finalement, l'objet de son amour quitta le bureau, sans adieux aimables ; il semblait à peine s'apercevoir de son amour ; elle n'a plus entendu parler de ce jeune homme.

Peu après, elle quitta G... (printemps 1909) et rentra chez elle. Après ce changement, son état s'était amélioré. Elle se sentait libre et à son aise. Cette amélioration se maintenait et même lorsqu'elle avait repris, peu de temps après, son ancienne occupation à l'usine de K... Bien qu'elle se fût aperçue bientôt que tout le monde était déjà averti de tout, néanmoins, elle constata que personne ne lui faisait honte et qu'elle n'entendait rien d'inquiétant. Elle travaillait seule avec une autre employée dans une petite pièce, elle se sentait à l'abri et évitait seulement, sur le trajet du bureau à sa maison, d'entrer en contact avec les gens.

Un changement survint lorsqu'on eut construit une autre usine à K..., en automne 1909 et qu'elle dut déménager, malgré ses protestations, dans une grande salle de travail où on entendait le bruit des machines et où travaillaient beaucoup d'ouvriers. Immédiatement, des anciennes allusions s'étaient fait entendre : « Celle-ci devrait être mise à la porte, etc. » ; elle avait également à souffrir de propos inconvenants à contenu sexuel. Elle pensait même que les phrases banales, comme « qu'est-ce qu'il y a comme poussière » ou « il va pleuvoir aujourd'hui », lorsque celles-ci étaient répétées plusieurs fois de suite, se rapportaient à sa personne. Elle appréhendait surtout l'heure du déjeuner, car elle était assise dans une petite salle, à l'étroit, parmi beaucoup d'autres ouvriers ; à cette époque, elle faillit s'évanouir à plusieurs reprises.

En outre, vers le printemps 1911, elle eut un surcroît de travail. Simultanément, son état empira, elle sentit un épuisement extrême, physique et psychique. Dès le matin, de bonne heure, elle était sur le point de s'évanouir, ne pouvait presque pas bouger son poignet jusqu'au soir ; elle éclatait souvent en sanglots et tremblait de tout son corps ; mais elle tenait à continuer son travail, même eût-elle dû en mourir, ce qui était son vœu ardent.

Elle était assaillie par les anciens reproches et par la crainte de la police. Elle avait trouvé sur le mur de la cave une pierre avec l'inscription de la date : 1906. Elle croyait que cette pierre était emmurée pour indiquer l'incident amoureux de G... Elle pensait même avoir compris, à la lecture d'une notice de journal, que la police avait monté à cet endroit un appareil pour inscrire

ses pensées ; mais elle n'avait jamais eu la sensation ou le sentiment que quelque chose de ce genre pourrait avoir lieu. Elle avait lu des livres sur l'hypnotisme et priait Dieu qu'il permette qu'elle soit hypnotisée, pour que, de cette manière, *l'aveu de sa faute* puisse sortir de sa bouche, de la faute qui infligeait continuellement des souffrances à sa conscience. Elle s'était décidée finalement d'aller consulter un médecin qui lui a conseillé de se faire soigner à Wildbad.

Pendant les quatre jours où elle était restée à W... et pendant les quatre jours suivants, lorsque son transfert à la maison de repos de A... a été jugé utile, elle a vécu dans un état psychique particulier, intermédiaire entre une somnolence apathique et des explosions pénibles de désespoir. Dès le début jusqu'à la fin, toutes ses pensées tournaient autour de son histoire amoureuse et de son expérience infantile. Elle se sentait très opprimée ; elle avait la sensation qu'un grand désastre menaçait la maison ; les gens qui l'entouraient lui paraissaient étranges, car ils ne savaient rien, ne se doutaient de rien, tandis qu'elle seule était lucide. Elle ne se sentait pas fatiguée, tout lui était *très clair*. Elle devrait mourir ou la police viendrait pour l'amener en prison. Elle s'y attendait à chaque moment. Une fois, à minuit, elle s'était déjà habillée, se tenait prête au pied de l'escalier, jusqu'à ce que la surveillante la rappelât.

Cet état débuta dans le train qui l'amenait à W... ; elle entendait les conversations des autres voyageurs, mais elle les percevait *confusément, comme à travers du coton* ; c'étaient des paroles à demi-articulées ; elle se rappelle qu'il était question de machines, de poules et de canards. Les bruits se transposaient en voix : les corbeaux criaient « Au feu, au feu ! » ; les chèvres : « Hélène, Hélène. » Lorsqu'elle était assise dans la salle d'attente du médecin, elle voyait sortir du cabinet médical de vieux paysans, *mais elle ne pouvait comprendre pourquoi ils sortaient de cette pièce ; elle n'avait en général aucun intérêt pour rien*, elle se sentait tout à fait bête et apathique, avait le sentiment que « tout lui était égal ». Dans la rue, elle entendit deux jeunes filles parler de chiffres et de capuchons gris. Au réfectoire, toute la conversation tournait autour d'elle ; tout le monde devait connaître ses pensées, car elles étaient tellement insistantes qu'elle ne savait plus si elle parlait ou si elle pensait seulement. Par moments, elle croyait qu'elle parlait ; elle a bien entendu que la surveillante disait : « Elle parle beaucoup. » Elle devait tout le temps revenir, en pensée, à ces vilaines choses sexuelles ; elle croyait à la fin que ces pensées lui étaient imposées par tous ces gens.

Elle restait retirée dans sa chambre, apathique, étendue

sur le divan. Elle entendait dans sa tête : « Ils doivent tous y aller » (en prison) ou « petite Hermine » (nom de sa sœur). Un jour, après avoir écrit une lettre, lorsqu'elle voulut la mettre sous enveloppe, elle entendit dans le vestibule qu'on se moquait d'elle. Elle essayait de lire un livre ; il n'y était question que d'elle et de sa famille ; elle l'avait mis de côté, il l'avait énervée. *Elle pensait toujours au jeune homme comme s'il devait venir, mais ce qui est étrange, elle ne s'en réjouissait pas*. Elle se considérait alors comme une martyre. Une fois, dans ces conversations, elle entendit parler de princes et de princesses. Elle pensait que ceux-ci voulaient intervenir en sa faveur, parce qu'elle souffrait si injustement. Les portraits de la famille royale de Bavière, qu'elle avait vus peu de temps auparavant, planaient vaguement devant ses yeux. Elle n'eut cette idée qu'une fois ; elle demanda alors à la surveillante si ce n'était pas un *délire des grandeurs*.

Son état empirait toujours vers le soir. Elle redoutait beaucoup, autant qu'elle l'avait désiré auparavant d'être hypnotisée pour pouvoir se confesser. Elle examinait minutieusement toutes les portes pour s'assurer qu'elles fermaient bien ; elle se mettait à la fenêtre jusqu'à minuit pour que l'air frais la tienne éveillée afin que le froid et la fatigue la forcent à se mettre au lit. En outre, elle regrettait beaucoup son ancien amoureux, était violemment excitée sexuellement, voyait jour et nuit des scènes érotiques et le matin s'imaginait qu'il y avait eu quelqu'un chez elle (tout cela de façon confuse et sans sensations physiques). Le matin surtout, l'idée lui venait qu'elle pourrait avoir un enfant, ou bien que la police aurait pu dresser un chien pour l'engrosser ; une fois, elle s'était aperçue qu'une odeur de chien venait de la couverture. Elle supposait que l'on voulait l'étourdir pour la violenter. Elle remarqua même une tache sur l'oreiller, comme si l'on s'était servi d'un produit violent pour l'étourdir (à cette époque, elle transpirait beaucoup la nuit). Lors du réveil, elle avait l'impression qu'on l'avait étourdie. Elle s'imaginait notamment que la police voulait l'engrosser pour la punir de ne pas avoir eu de rapports sexuels lors de son histoire amoureuse. Elle commençait à se demander si elle n'aurait pas mieux agi en se donnant à l'homme qu'elle avait aimé autrefois.

Son désespoir grandissait la nuit. Une fois, elle avait prié toute la nuit et ne pouvait interrompre ses prières, comme si elle avait dû disputer son âme au diable. Une nuit a été des plus bizarres (elle avait lu dans la journée *La voyante* de Prévost). Étant au lit, elle toucha par hasard le fil électrique d'une sonnette, hors d'usage, qui pendait au mur. Elle crut être électro-

cutée ; elle parut avoir des convulsions, ses membres se contractèrent et sa respiration s'arrêta presque. Dans la demi-obscurité, il lui sembla qu'elle voyait des gens venir vers elle ; elle eut grand-peur, pensait qu'elle sombrerait dans la mort, elle tendait la main et se disait que le Sauveur la conduirait. Mais elle restait toujours au lit et ne se sentait pas avancer. Lorsque l'aube arriva, elle remarqua que les personnes qu'elle croyait s'approcher d'elle étaient ses vêtements qui pendaient au mur. Elle écrit elle-même à ce propos :

Comme à ce moment il y avait des missionnaires dans la maison, je pensais qu'on voulait me guérir par la prière et notamment la nuit où je croyais être électrocutée. Cette pensée me subjuguait en ce qu'il m'était difficile de supporter quelque chose de surnaturel, tels les effets de cette prière. C'est cette nuit-là qu'il m'a semblé que j'allais mourir. Quand le matin, je suis revenue à moi, ma première pensée fut : « Mais, tu vis encore. » J'ai dû me rendormir, car j'ai fait un rêve : beaucoup d'enfants dansaient en ronde autour de moi et criaient : « Täterätä, täterätä. »

Le plus souvent, les rêves qui la tourmentaient étaient terribles : elle rêvait d'un homme de grande taille qui la poursuivait, avec un couteau pour la transpercer (1) mais elle arrivait toujours à lui échapper.

En 1914, au cours d'un interrogatoire, la malade s'était souvenue de quelques frappantes associations d'idées, qui lui étaient alors habituelles et qu'entre-temps elle oubliait pour la plupart. Le rapport de ces idées à sa personne était aussi étroit que possible. Un certain temps, elle craignait que sa voisine de chambre ne soit une espionne envoyée par la police. Beaucoup d'idées lui venaient à l'esprit à la lecture du Nouveau Testament ; elle aurait voulu les mettre en pratique. Lorsque l'infirmière lui prêtait un tablier, c'était signe qu'elle devait s'humilier. Si elle se trouvait, dans la forêt, à un carrefour, elle prenait le chemin étroit et non le large, parce qu'elle avait déjà assez péché. Si, le matin, à la fenêtre des voisins, la literie était exposée au soleil, c'était pour lui montrer comment elle devait aérer la sienne. Et elle le faisait exactement de la même manière. Une fois, elle ressentit une impulsion irrésistible : lorsqu'elle se tenait devant sa baignoire, toute bête, la tête vide et, pour prendre la température de l'eau, elle se sentait obligée de tenir le thermo-

(1) D'après Freud, c'est un rêve typiquement symbolique et qui, d'après nos multiples expériences, revient continuellement sous des formes similaires chez les jeunes filles ou chez des femmes insatisfaites qui présentent des fantasmes sexuels ambivalents. Il est particulièrement caractéristique pour des sujets à constitutions sexuelles féminines non parvenues à leur maturité.

mètre incliné sous un certain angle, sans se rendre compte pourquoi ; en outre, un jouet d'enfants, une série de petits canards devaient être rangés exactement dans un certain ordre ; ultérieurement, l'idée lui vint qu'elle avait dû être hypnotisée. Si la chasse d'eau des w.-c. était en panne, elle était convaincue que la source d'indulgence, de patience et de miséricorde était épuisée et qu'elle-même était vouée à l'anéantissement. Les premiers temps de son séjour à la clinique de Tübingen, lorsque sa famille venait la voir, elle pensait pouvoir deviner l'âge de la personne qui venait en visite d'après la sonnerie de l'ascenseur.

Le 27 juin 1911, elle se rendit d'elle-même à la clinique de Tübingen, suivant ainsi le conseil donné par le médecin de la maison de repos. Il est remarquable que, selon le certificat de celui-ci, qu'elle avait apporté, elle était restée, même à ces moments, très accessible au traitement. Le lendemain, surtout, elle avait pris conscience de son état morbide, bien que non complètement. A la clinique de Tübingen, les phénomènes aigus disparurent dès les premiers jours ; la malade donnait des renseignements détaillés et exacts sur l'évolution de sa maladie ; elle était appliquée au travail, aimable, docile. Des périodes de délires prononcés et la réapparition des anciennes idées obsédantes : inquiétude intérieure, dépression et auto-accusations, alternaient au début avec des journées ou avec des heures où elle était tout à fait bien, où une grande amélioration pouvait être constatée. La malade gardait, même aux moments de l'exacerbation de son état, une conscience nette de son état morbide ; elle sentait le besoin de s'adresser à un médecin, était reconnaissante lorsqu'on la consolait, était facile à calmer et accessible aux arguments logiques. Elle reconnaissait que tout le monde devait tenir ses suppositions pour morbides, mais elle ne pouvait se débarrasser d'elles. Sa grande labilité et sa sensibilité diminuaient à vue d'œil.

En mars 1912, conservant de façon passagère sa prompte vulnérabilité, sa tendance à des états délirants et à des sentiments d'infériorité, elle ne présentait plus d'idées délirantes fixes, ni d'autres symptômes psychotiques. Considérée comme guérie, elle quitta la clinique.

Elle continua à travailler comme secrétaire particulière d'un médecin de la clinique de R..., ayant conservé toute son intelligence passée et toute sa compétence. Toutefois, elle avait besoin de ménagement, tant en ce qui concerne ses forces intellectuelles que ses forces psychiques. Parfois, elle se sentait tout à fait heureuse, mais plus souvent, elle était tourmentée par la pensée que les gens la méprisaient, car son visage expri-

mais quelque chose de sensuel et reflétait ainsi sa prétendue faute, commise antérieurement. Cette idée, ainsi que sa sensibilité extrême provoquaient chez elle un sentiment d'insécurité et d'anxiété. Elle se morfondait à la pensée que, finalement, tout le monde finirait par la mépriser et qu'elle resterait sans gain-pain ; elle se tourmentait en supposant qu'on était mécontent de son rendement, qu'on aimerait se débarrasser d'elle, mais elle se laissait toujours rassurer.

Au printemps 1914, elle ne put plus s'entendre avec les domestiques ; elle sentait qu'ils la blessaient exprès par des propos insignifiants, qu'elle croyait malveillants. Elle s'était mise aussitôt dans un état d'énervement extrême, était devenue incapable de travailler à tel point qu'elle dut de nouveau être admise à la clinique. Son état s'améliora rapidement ; entre-temps, les idées qu'elle avait autrefois, par exemple, que la police la poursuivait, avaient de beaucoup diminué. Elle était consciente de son état morbide et avait un désir ardent de recouvrer la santé et de reprendre son travail. Au début, elle ne croyait pas qu'on parlait à la clinique de son ancienne histoire ; toutefois, pensait-elle alors, on le lui faisait sentir. Elle était d'avis que son état, et spécialement son état aigu à Wildbad et à A..., avait été, sans aucun doute, une maladie mentale. Elle ne pouvait oublier certaines de ses expériences antérieures, les considérant tantôt comme imaginaires et tantôt comme probables et réellement vécues.

Toutefois, disait-elle, ces choses ont petit à petit perdu de l'importance ; elle pouvait également parler, le plus souvent sans affects, de son histoire amoureuse ; elle devint accessible à toute suggestion critique.

Pour elle, la question de la réalité ou de la véracité de ces phénomènes est plutôt un problème scientifique ; là où elle ne peut être d'accord avec le médecin, elle dit que c'est une question de sentiment. A d'autres moments, ses expériences morbides sont pour elle des « bêtises », dont on ne devrait pas parler, bien qu'elle n'en ait pas corrigé certains éléments. De toute façon, ses représentations obsédantes antérieures, celles qu'elle considérait comme malades et celles qu'elle pensait être réelles, étaient pour elle des choses qui appartenaient à un passé bien révolu, qui, de plus en plus, perdait en signification pour le présent. A l'exception de l'idée la plus obsédante et la plus récente, qui s'était ravivée sous l'influence de l'affect. Elle avait trait aux rancunes supposées du Dr R... et aux reproches qu'il pourrait lui faire, encore maintenant, au sujet de son mauvais rendement. De même l'idée qu'elle avait eue,

dès le début, à propos de l'expression sensuelle de son regard, réapparut. (Cette dernière plutôt comme idée prévalente, mais non délirante.) Parfois, surtout le soir, elle était d'humeur gaie, contente et pleine d'entrain, tendant même à « la turbulence », lorsque l'ambiance s'y prêtait. Toutefois, il se produisait l'inverse sous l'influence de la moindre fatigue, due à son travail de dactylo (elle fait encore ce travail très volontiers et très bien), ou à la suite de la moindre contrariété, ou après avoir entendu, dans une conversation, une tournure de phrase maladroite. Elle était alors visiblement troublée pour de longues heures et même pour des journées entières. A ces moments, elle a des mouvements brusques, pâlit et rougit alternativement, bégaye, est timide et gênée, présente des idées de relation passagères, vite corrigées. Elle a alors « mauvaise conscience » ; le sentiment qu'on n'est pas content d'elle, qu'elle a fait une bêtise et que c'est pour cette raison qu'on la regardait ainsi.

Elle est plus déprimée les jours où elle a ses règles ; elle souffre alors à l'idée d'échouer dans une maison d'aliénés (ce qui lui fait peur), craint de ne plus jamais se remettre, de perdre la raison, d'être placée dans la division d'agitées et, sa maladie s'aggravant, d'être une charge pour les autres ; toutefois, elle lutte contre cette idée. Au moment de ses règles, l'ancienne idée d'être emprisonnée surgit régulièrement dans son esprit et l'obsède. Dès que cette idée apparaît, la malade se rend compte de l'absurdité de celle-ci et cherche à la réprimer.

Une aggravation d'une durée de plusieurs jours se manifesta au cours de la copie d'un rapport d'autopsie d'un jeune garçon tuberculeux. Il lui a été très difficile de copier ce rapport ; en trois heures, elle a dactylographié quelques pages seulement et a fait beaucoup de fautes. Par la suite, elle a expliqué au médecin qu'elle savait maintenant qu'on avait constaté chez elle une maladie, la tuberculose, et que c'est pour cette raison qu'on voulait se débarrasser d'elle. Le contenu du rapport l'avait beaucoup impressionnée car il la faisait toujours penser à son neveu. Elle a mal dormi la nuit, avait son neveu mort devant les yeux, voyait des tas de cadavres qui se dressaient devant elle avec un rire moqueur. Il lui fut impossible de travailler pendant plusieurs jours ; nerveuse, intérieurement excitée, elle s'efforça de trouver des allusions dans tout ce qu'elle entendait. Dans cet état d'excitation, elle donnait souvent sa démission, mais se laissait toujours persuader de rester. Elle était, au fond, très contente de pouvoir garder sa situation. Les travaux d'aiguille parvenaient le mieux à la distraire de ses ruminations et de son anxiété. Elle raconte avoir parfois constaté

un trouble du cours de la pensée ; en priant et en lisant, elle glissait insensiblement vers des idées tout autres, tout à fait indifférentes ; elle pensait à des bribes de conversations entendues chez les paysans, au sujet des travaux des champs, ou à ce qu'elle a lu dans les journaux, etc., elle s'en rendait compte quelque temps après seulement.

Calamnèse 1917. La malade a été autorisée à quitter la clinique en été 1916. Elle avait fait beaucoup de travaux de dactylographie durant son séjour. L'hypersensibilité psychique et les tendances aux idées de relation fugitives persistent ; des récidives sérieuses n'ont pas été signalées, mais la capacité de travail ne s'est pas encore bien raffermie. En septembre 1917, il y a eu entre elle et la clinique un échange de lettres au sujet d'une indemnité pécuniaire provisoire. On a observé, à cette occasion, des hésitations avant de prendre une décision (refus de repasser une visite médicale, accord le lendemain) et une labilité nette de l'humeur. Dans ses lettres, elle mentionne également, sans donner de précisions, quelques craintes qu'elle ressent, dont la justification ne lui est pas encore très claire, mais qu'elle domine partiellement. Au moment de cet échange de correspondance, elle n'avait pas de travail ; elle avait le sentiment que sa santé s'altérerait, et supposait que la diminution du poids, suite d'une alimentation insuffisante, en était la cause.

Calamnèse 1926. Elle est entrée chez son ancien employeur en mars 1918 et travaille à plein temps. Pendant toute cette période, elle n'a pas eu besoin de traitement médical spécial, bien que, par moments, elle se sentit mal : maux de tête, mal dans le dos, douleur cardiaque, douleurs d'estomac. Elle a eu à supporter également des « luttres intérieures » que la « Foi » lui a permis de dominer.

« L'année dernière, le fils de mon frère, âgé de 6 ans, a été écrasé par une auto et mourut aussitôt. J'ai dû entrer dans une maison de santé chrétienne, tant j'étais dominée par la tristesse. » « Oui, je dois dire que tout le monde y était très gentil avec moi. Si, parfois, j'avais l'impression que l'on était moins amical à mon égard, je me disais que je devais m'y résigner. » « Rien ne se passe comme on le désire » ; mais, je dois dire, je suis très contente quand on est aimable avec moi. De temps en temps, lorsque les douleurs ressenties au cœur devenaient plus fortes, je souffrais davantage de l'hostilité réelle ou imaginaire. » Elle se sentait « sous la protection divine », « s'attachait à Notre-Seigneur ». « Depuis quelques années, j'ai un petit appartement, après avoir habité une chambre meublée. Mais, je ne peux faire toute seule mon ménage, car toutes mes forces sont prises par mon travail professionnel, d'ailleurs, en général, je ne peux fournir un travail pénible. »

Par conséquent, 20 ans après le début de la maladie, 10 ans après avoir quitté la clinique, il n'y a pas de trace d'un processus de désagrégation, ni même d'un raidissement ou d'un rétrécissement de la personnalité. Une écriture élégante, rapide, un bon style. Bon contact affectif avec l'entourage (la mort du petit neveu, le comportement de son ancien médecin) ; plein rendement professionnel dans une bonne place et goût pour un style de vie plus raffiné (petit appartement et aide domestique).

Ce qui persiste, c'est une personnalité dont l'état fondamental est grandement empreint de psychasthénie et une plus grande susceptibilité à chaque effort supplémentaire physique ou psychique. En outre, persistent : des « troubles neurasthéniques » avec tendance aux réactions dépressives, aux luttres intérieures passagères et, épisodiquement, une attitude légèrement névrotique avec tendance aux idées de relation, à laquelle pourtant elle oppose un esprit critique (elle dit « hostilité prétendue »). La transformation caractéristique de la tension névrotique conflictuelle en une sublimation religieuse ressort très nettement.

Le trouble psychique, que nous avons décrit ici, et dont le noyau est un délire de relation, a persisté pendant une période de plus de 10 années. Une autre dizaine d'années s'est écoulée depuis la sortie de la malade de la clinique. Cet aperçu d'une si longue période, ainsi que la manière franche, intelligente et subtile avec laquelle la malade nous a décrit les traits particuliers de son psychisme, aussi bien que les causes profondes de ses troubles, rendent cette observation clinique particulièrement précieuse pour une introduction pénétrante dans le problème du délire de relation sensitif. On serait tenté de considérer cette histoire de maladie plutôt comme une autobiographie, malgré la richesse et la complexité des intrications psychotiques, tant ces éléments morbides se dégagent de façon immédiate des événements, tant ils s'allient intimement aux modifications des sentiments profonds. Ils sont vécus intérieurement et ressentis par la malade jusqu'à leurs conséquences les plus amères, ils sont combattus et critiqués. Telle est notre impression première, tels sont les sentiments que provoquent en nous les récits de la malade.

Les dispositions caractérielles de notre malade ont beaucoup de points communs avec celles du jeune J... que nous avons pris comme exemple d'une constitution *purement asthénique*. Physiquement, la malade est extrêmement fragile, les stimulations pénibles de la vie courante la laissent perplexe ; tout travail physique l'épuise, elle y réagit par des migraines ; une réunion quelque peu bruyante la rend malade. Sa vie psychique,

dès sa jeunesse se caractérise également par une fatigabilité, une hypersensibilité, une labilité, un manque de défense. Chaque blâme la bouleverse, chaque peur infantile la met hors d'elle, son imagination est surexcitée à l'extrême par ses lectures. Et, comme c'est habituel à ce genre d'enfants, elle se réfugie dans une affection rêveuse auprès de sa mère qui est calme et pleine de tendresse. La joie vivifiante de la jeunesse ressentie par les enfants normaux est remplacée chez elle par une persistance pénible d'impressions désagréables, par un sérieux et par une scrupulosité précoces, interrompus de temps en temps par une turbulence exagérée. De même que chez notre jeune asthénique, il se développe chez elle un sentiment éthique subtil et profond. Elle a confiance en de braves gens, leur voue sa tendresse, elle s'attache à eux. Et, elle réagit, de la façon que nous avons décrite à propos du jeune J..., par une dépression tenace au premier grand chagrin de sa vie, la mort de sa mère.

Jusqu'ici, nous avons décrit chez notre malade un aspect de son caractère qui est du type asthénique pur. Mais ce n'est qu'un côté de sa personnalité. A certains moments de son développement, un autre trait caractéristique contraste avec cet aspect, et même très vivement. Elle n'est pas seulement bien douée, mais elle est animée d'une ambition tenace, consciente de son but, ce que nous pouvons poursuivre tout le long de son existence. Elle ne peut supporter de ne pas être première en classe, elle a un vif intérêt pour tout ce qui peut l'instruire, la cultiver ; avec une force de volonté, tendue et nerveuse, elle se pousse en avant et vise toujours plus haut. Bien que d'extraction modeste, d'éducation insuffisante, de constitution physique faible, elle se trouve, à peine arrivée à l'âge adulte, indépendante dans le domaine professionnel, assumant une responsabilité sociale considérable. Une ambition excessivement sensible et vulnérable veille aussi bien sur son rendement professionnel que sur les conceptions très élevées de son éthique personnelle. On voit une certaine finesse et une distinction dans sa façon de parler et dans son attitude à l'égard de son entourage. Son comportement est empreint tant de modestie délicate et de bienveillance que d'opiniâtreté et d'un sentiment de soi vulnérable.

Ce second aspect du caractère de notre malade nous fait aussitôt penser à cet artiste peintre que nous avons cité antérieurement comme exemple d'une « névrose de combat ». Dans les deux cas, on se trouve devant des sujets dont l'ascension sociale est due à leurs propres efforts, qui ont un rendement professionnel de grande valeur et qui présentent une intégrité morale, une fidélité à l'égard des êtres aimés, une ténacité

et une ambition hypersensibles, ainsi qu'une forte persistance des affects. Si nous tenons compte de la constance avec laquelle cette ligne traverse la vie de notre malade, nous ne serons pas tentés de considérer cette vive chaleur intérieure et cette aspiration incessante vers un but plus élevé uniquement comme un feu de paille provoqué par l'hypersensibilité du système nerveux fragile d'un asthénique. Nous les considérerions plutôt comme une composante caractérologique importante et indépendante, comme un élément additionnel sthénique.

L'essentiel du caractère de notre malade n'est évidemment, ni le mélange des dispositions sthéniques et asthéniques (c'est le cas de chaque caractère normal), ni non plus la dysharmonie de ces dispositions, ce qui, en général, est un des signes distinctifs principaux de beaucoup de types psychopathiques. Ce qui est caractéristique, c'est la forte tension qui se produit entre ces deux pôles par l'association d'un élément sthénique bien déterminé à un caractère où les éléments asthéniques prononcés sont prépondérants. On peut également trouver des contrastes étranges dans des dispositions propres aux névrosés primitifs. Ceux-ci extériorisent, sans tenir compte de rien, tantôt leurs tendances sthéniques, tantôt leurs tendances asthéniques, qui font bon ménage ensemble. Elles amènent fréquemment des conflits extérieurs mais presque jamais de conflits intrapsychiques. La tension se produit d'abord parce que les deux orientations inhérentes à l'individu sont *continuellement et consciemment ressenties et vécues en tant que contradictions fortes et extrêmes*. Ceci n'est possible que dans le cas de caractères qui possèdent une forte capacité de rétention et, *a priori*, lorsqu'il s'agit d'individus de haute valeur morale, intelligents, bienveillants, scrupuleux, comme notre malade. Les conflits intérieurs dans ces cas seront, en général, douloureusement ressentis. Les difficultés de leur résolution augmenteront en fonction de l'importance croissante de la composante asthénique.

La subtilité et la précision avec lesquelles notre malade nous racontait, après des années, sa vie intérieure, montrent parfaitement combien elle l'avait observée consciemment et intensivement, combien elle l'avait analysée et combien elle la surveillait et la soumettait sans cesse au contrôle scrupuleux de ses principes moraux. Cette vie intérieure subtile et imprégnée d'éthique est essentiellement un symptôme asthénique (le sthénique vit sa vie, il ne se regarde pas vivre). La vie intérieure de ces individus asthéniques est rendue encore plus intense par l'alliage d'un élément sthénique tel que l'ambition. Cette composante sthénique plus accentuée empêche aussi que ce retour sur

soi atteigne le degré propre à certains obsédés. Elle conditionne plutôt une certaine vivacité des échanges psychiques avec l'entourage, donne une tonalité plus active à la vie sociale et au sentiment de l'honneur du sujet. Cette tension accentuée entre les facteurs intrapsychiques se manifeste dans les rapports entre l'individu et ses semblables, elle leur confère une labilité et une sensibilité nerveuse accrues, se traduit, dès qu'elle est contre-carrée, par une tendance à une surestimation de soi et un établissement de relations erronées. Tous ces traits de caractère, que nous pouvons observer de bonne heure chez notre malade sont d'un intérêt immédiat pour la compréhension de son trouble mental ultérieur.

Nous avons donc pu constater que la personnalité de notre malade réunit en elle tous les traits essentiels du groupe caractérologique des sensitifs : une délicatesse asthénique, une hypersensibilité, une attitude intérieure éminemment éthique et une tendance à retenir les tensions affectives intrapsychiques. Mais les tensions des sujets de ce type diffèrent des variantes sensitivo-obsessionnelles par une élaboration plus indépendante de l'élément sthénique. Ce qui contribue à l'édification d'un caractère aux contrastes plus nets et à l'établissement des contacts plus actifs avec l'ambiance.

A ces considérations, purement caractérologiques, il faut ajouter encore des éléments biologiques. La malade a une hérédité extrêmement chargée (signalons d'ailleurs que la composante sthénique du caractère vient du côté paternel, l'asthénique du côté maternel). La malade appartient à une famille de psychopathes, de malades mentaux et d'originaux ; ceci explique les prédispositions multiples et latentes de son système nerveux aux troubles psychiques. Cette infériorité cérébrale biologique se manifeste également par une extrême nervosité ; elle se reflète avant tout dans une fatigabilité surprenante, qui réagit par l'épuisement chaque fois que l'on fait appel à ses forces physiques ou psychiques. Cette *fatigabilité anormale* joue un rôle important dans la pathogenèse de ses troubles mentaux. Les oscillations cycliques de la vie affective liées à la menstruation, aux changements de saisons, sont également chez elle plus accentuées. En outre, elle est physiquement fragile. La constitution générale est, à la fois, fortement psychopathique et névropathique. Ces prédispositions se présentent d'emblée et on les suivra, non sans inquiétude, à travers diverses vicissitudes pénibles de sa vie.

En effet, nous voyons que la malade manifeste dans de telles occasions des *réactions psychopathiques polymorphes* : évanouis-

sements asthéniques et, par moments, attitude hypocondriaque, dépression réactionnelle, petites réactions primitives (donne sa démission sous le coup de l'affect) ; une tendance précoce aux idées obsédantes, et, également, aux sentiments de relation. Bref, elle présente, à l'occasion, avant et au cours de sa maladie, presque toutes les formes de réactions psychopathiques ; celles qui, du point de vue caractérologique, sont les moins accentuées, s'extériorisent toutefois faiblement.

De même, l'élaboration de son délire de relation chronique appartient au domaine des troubles psychopathiques, dans la mesure où il constitue une réaction psychologique à une expérience intérieure. L'affection que fait naître en elle un jeune collègue, ce qui est en soi un phénomène psychologique tout à fait normal, ne faisait, en aucun cas, partie intégrante de la maladie psychique qui débute. Si une jeune fille, au cœur sensible, éprouve un besoin d'appui et devient amoureuse d'un jeune homme avec lequel elle travaille constamment, c'est un fait en soi naturel. Ce sentiment se forme lentement, progressivement et aucunement comme une révélation subite, un caprice brusque et inexplicable. Ce sentiment est accompagné dès le début de considérations pratiques raisonnables, auxquelles on peut s'attendre chez quelqu'un qui n'est plus très jeune. L'échelon psychologique suivant ne pouvait non plus surprendre : un conflit pénible devait surgir entre l'instinct vivace, alimenté par une intimité de tous les jours, et les sévères et strictes principes moraux et religieux, propres à la malade dès sa jeunesse. Il est nécessaire de s'en rendre clairement compte dès le début, car nous considérons notre tableau clinique comme ayant un caractère psychopathique réactionnel. Et aussi parce que nous ne voulons pas courir le risque de voir confondre le contenu formel de l'expérience intérieure avec les expériences pathogènes.

L'expérience intérieure à la suite d'un amour violent, secret, sans espoir est en soi-même capable de provoquer des émotions psychiques des plus profondes, et par là, de devenir, chez les psychopathes, une cause de maladie. Pourtant, combien essentiellement différentes sont les réactions morbides que provoquerait un tel amour. Elles se déchargeraient chez des *primitifs* en sottises dangereuses ou en explosions affectives, elles pourraient aussi se dissimuler sous un état hystérique crépusculaire ; l'*intrigante* emploierait des moyens anonymes de mauvais aloi et la *quérulente* les extérioriserait dans un interminable procès en diffamation ; l'*asthénique* réagirait par une lassitude et une dépression. On voit de ce qui vient d'être dit que l'expérience elle-même, que nous appelons par exemple un « amour malheu-

reux », est vécue sous une forme subjective fondamentalement différente par les diverses personnalités psychopathiques. Un amour malheureux est pour une jeune fille primitive un fort déplaisir de courte durée ; pour une jeune fille asthénique une lassitude longue et douloureuse. Pour l'hystérique, il devient une dissonance intérieure à demi-consciente ; pour l'intrigante, il est un chagrin mêlé de dépit et pour une querulente une injustice révoltante.

Que représente l'amour malheureux pour une *personnalité sensitive* ? Un échec humiliant. Rappelons-nous la fille du garde forestier, atteinte de névrose obsessionnelle. La même expérience extérieure, un amour sans espoir, comme c'était le cas chez notre malade, a pris la même forme subjective en tant qu'expérience intérieure : après une tension inefficace de toutes les forces de la personnalité, un sentiment qui la ronge intérieurement revient avec une importunité obsédante et inextinguible, c'est le sentiment d'une insuffisance humiliante, d'une défaite morale. La *rétenion rigoureuse des processus affectifs*, dès leur apparition, est caractéristique pour l'élaboration sensitive des expériences vécues. L'amour intense est l'affect qui est le premier anneau de toute une chaîne de complications psychiques. Les natures où l'on trouve un mélange particulier d'orgueil, de timidité et de scrupulosité morale cachent si complètement ce sentiment dans le fond de leur âme, que l'objet de leur amour ne se doute de rien. Nous voyons également chez notre malade que ce premier affect ne pouvant être ni extériorisé, ni maîtrisé, prend de plus en plus un caractère de déplaisir. Nous nous apercevons ensuite que ce mouvement d'âme réprimé grandit, s'amplifie de plus en plus et atteint son paroxysme en une tension très grave. Le groupe de représentations prévalentes revenant toujours à cette défaite morale, causée par l'instinct érotique, s'empare tyranniquement de toute la vie psychique et met en avant tout ce qui peut servir au renforcement de ce sentiment, même l'expérience sexuelle précoce à moitié oubliée. Il est caractéristique de l'aspect, à sens unique, des dispositions sensitives que la jeune fille s'accable elle-même de remords au souvenir d'une expérience où seule la responsabilité de son oncle fut engagée. La même unilatéralité se retrouve chez les caractères expansifs et les fait chercher en dehors d'eux-mêmes les causes de tout échec.

En tout cas, nous voyons que chez notre malade l'élaboration de l'expérience intérieure a suivi exactement les voies des névroses obsessionnelles, telles que nous les avons décrites antérieurement. Et en effet, ce n'est qu'au paroxysme de la tension affective

que se produit l'*inversion* du contenu représentatif primaire, pour devenir une expérience secondaire, symbolique et imagée. L'idée d'être enceinte, même des signes concrets, s'imposent immédiatement à la malade.

C'est une idée réflexe, qui se produit sans intervention de la logique, et même en absolue contradiction avec celle-ci ; elle réalise une représentation imagée, illustrant la prétendue immoralité sexuelle. L'idée hypocondriaque de grossesse se meut encore dans le cadre des représentations obsédantes, puisque la malade la ressent comme si elle lui était imposée, puisqu'elle réussit à l'aide d'arguments logiques et en se référant aux lois de la nature à conclure à l'impossibilité de cette idée. Peut-être faudrait-il parler plutôt d'une représentation délirante avec une fluctuation de la notion du réel, car manifestement la correction n'a pas toujours été immédiate. Nous croyons que cette discussion ne porte que sur les termes. Autrement, nous devrions fixer le temps nécessaire pour qu'une représentation morbide puisse être corrigée, afin de pouvoir encore lui attribuer la valeur d'une idée obsédante. Et au-delà de ce terme, elle pourrait être définie comme une représentation délirante. Lorsqu'on interroge des névrosés légers sur leurs expériences psychiques, sans insérer aussitôt ces malades dans un schéma didactique par des questions suggestives, on s'aperçoit que la correction d'une idée obsédante n'est ni si immédiate, ni si complète que l'exigeraient des règles précises.

Il a fallu donc que la tante de la jeune fille manquât de tact et qu'elle trahisse le pénible secret ; que sa nièce se sentit compromise pour permettre la constitution complète d'un délire de relation. Ce dernier s'était déjà fait annoncer auparavant par l'idée qu'avait la malade que tout le monde remarquait son regard, qu'elle croyait sensuel. Dès lors, le sens critique disparaît, la malade est sûre qu'on l'observe avec insistance ; elle croit entendre dans chaque mot une allusion à sa prétendue perversité. Ce délire de relation présente également une inversion typique. L'expérience primaire de l'insuffisance humiliante, de l'infériorité pénible, de la perte de l'estime du soi se reflète dans un symbole imagé, dans une sensation concrète et pénible d'être observée, raillée et méprisée par les gens qu'elle rencontre. Un pas seulement restait à franchir à notre malade pour que son obsession hypocondriaque de grossesse devienne un délire de relation manifeste ; ce dernier était corrélativement proche, au point de vue psychologique, de l'idée obsédante.

Il y a pourtant dans cette observation un moment où la clinique s'écarte du tableau d'une névrose obsessionnelle grave,

ces deux lignes se suivant parallèlement. Il existe déjà une différence dans ce fait que le sens du réel à l'égard des expériences secondaires, inverties et concrètes, devient éminemment positif. Il ne faut pas pourtant insister, outre mesure, sur l'importance d'un jugement correspondant à la réalité, car nous verrons ultérieurement, dans le courant de la maladie, que ce jugement subit de fortes oscillations et qu'il disparaît plus tard presque totalement. Encore une fois, la comparaison avec la névrose obsessionnelle de la fille du forestier nous conduit davantage au fond du problème. Nous retrouvons chez elle, comme chez notre malade, l'expérience vécue et son élaboration intérieure aboutissant à cette même idée qu'elle avait un regard sensuel et pervers.

Mais, toutes les idées morbides qui évoluent en partant de cette représentation sont essentiellement différentes chez les deux jeunes filles. Tandis que la fille du forestier pense à la suite de cette représentation obsédante qu'elle ne devrait pas offenser les gens par ses regards grossiers, un sentiment inverse naît chez Hélène Renner, à savoir que les gens la blessent en la dévisageant ainsi. Ce trait est tout à fait caractéristique ; il différencie totalement la personnalité des obsédés de celle des malades atteints d'une névrose de relation, personnalités par ailleurs si proches l'une de l'autre. Tandis que la fille du garde forestier oriente ses scrupules vers une auto-dépréciation asthénique, parfois même masochiste, H. R... dirige, en partie, la pointe de son affect vers l'extérieur. Tout en ayant le sentiment de sa propre humiliation et de sa culpabilité, elle voit dans les attitudes des autres la cause de sa souffrance excessive, de sa situation pénible et de l'injustice que le destin lui a réellement infligées. Son sentiment d'honneur réanimé, elle essaie de se défendre vivement, avec nervosité. On voit ici l'effet d'un élément sthénique plus accentué, ainsi qu'un contact plus vif avec le monde environnant, traits que nous avons déjà relevés lors de l'analyse du caractère et que nous avons opposés aux prédispositions obsessionnelles.

Les débuts de la maladie datent de 1906 ; elle évolue jusqu'aux années suivantes sous forme d'un délire de relation très intense qui s'empare de tout et de rien : journaux, église, rue, occupations professionnelles, propos les plus insignifiants, malentendus, tout est utilisé. D'autres éléments caractéristiques ajoutés à notre tableau clinique permettent de distinguer ce qui est propre à la série des troubles paraphréniques ou circulaires paranoïdes. Au paroxysme de la psychose, période qui s'étend à peu près jusqu'en 1911, le facteur dominant qui se

trouve continuellement au centre du système délirant est l'*expérience intérieure déclenchante*, ainsi que la série de représentations qui s'y rattachent immédiatement : immoralité, regard sensuel, grossesse, poursuites policières. Ceci prouve le rôle essentiel qui incombe à cet événement déclenchant. La psychose est donc fortement *centrée* autour de l'idée pathogène (le terme *centré* est moins ambigu que celui de « circonscrit » employé par Wernicke). En rapport avec ce qui vient d'être dit, il faut signaler le fait que le délire de relation va étroitement de pair avec des souffrances morales continues que le sujet s'inflige à lui-même, qui vont en s'amplifiant jusqu'aux explosions de désespoir, et qui sont par là même intimement liées à la base fondamentale du caractère et de l'expérience intérieure.

Le délire de relation garde ce caractère de réactivité psychologique également dans la forme de son évolution. Les oscillations sont très amples et toujours conditionnées par les circonstances extérieures. Dès que le psychisme, faible et accablé, est libéré par un événement extérieur, lorsque par exemple la malade quitte l'endroit où l'expérience s'était produite ou bien si elle se réfugie dans une ambiance calme, où elle se sent protégée, elle commence tout de suite à respirer plus librement, son esprit devient clair, le délire de relation s'évanouit. Mais lorsque, au contraire, le psychisme, sous l'influence du surmenage professionnel, perd sa force de résistance, ou si la vie psychique, subtile et sensible, est blessée par l'indélicatesse de l'entourage ou si l'entourage est grossier et tapageur, et surtout lorsque le *surmenage et le traumatisme psychique surviennent simultanément*, ils amènent les pires exacerbations, comme ce fut le cas en 1911. Ici, un rôle important appartient à la fatigabilité biologique anormale du système nerveux de la malade, ce qui se reflète par l'apparition des symptômes neurasthéniques dans l'état paranoïaque : dès que l'épuisement extérieur aggrave l'état psychique, la malade a de la peine à réfléchir, elle devient incapable de calculer, elle devient irritable, souffre d'insomnies, a des accès de forte fatigue physique, des tremblements, est sur le point de s'évanouir. Les troubles neurasthéniques et paranoïaques augmentent et diminuent simultanément ; les réactions de l'humeur se conforment à ces oscillations.

Mais ce qui est le plus caractéristique au cours de toute la psychose, ce sont les *fluctuations du sens du réel*. Ceci également est en rapport avec le genre du trouble psychopathique. D'un côté, les jugements portés sur la réalité dépendent des améliorations et des aggravations réactionnelles de l'ensemble de l'état psychique. Et ceci, par exemple, jusqu'à un point tel que lors

de son séjour en la maison de repos de A..., la conscience de la maladie devient totale et la notion du réel positive dans la journée, tandis que lors de l'amplification nocturne de la psychose, tout devient négatif. D'autre part, une intervention avisée influence cet état : la malade ressent le besoin d'une aide médicale, des paroles de réconfort l'influencent ; elle est capable, après un entretien sérieux avec le médecin, de corriger presque complètement ses idées délirantes. Tandis que, laissée à elle-même, elle est susceptible de s'y abandonner complètement jusqu'à une conviction totale. Elle n'a, en général, jamais perdu complètement le sentiment d'être malade.

En résumé, les oscillations de la notion du réel peuvent servir de baromètre indiquant l'intensité de la maladie et permettent de discerner deux périodes dans l'évolution de la maladie de 1906 à 1917. La première période qui nous intéresse maintenant et où prédomine le plus souvent l'absence de conscience de l'état morbide, s'étend jusqu'à la deuxième période, qui dure déjà depuis cinq ans et où prédomine le sens critique aigu. Dans ce cas, le premier stade seulement peut être considéré comme une maladie mentale à proprement parler. Il prend sa source, comme il a été dit, dans une sorte de névrose obsessionnelle, évolue les années suivantes avec de fortes fluctuations réactionnelles, puis suit une ligne ascendante, sous l'influence des conditions extérieures défavorables, pour finalement atteindre son sommet en une psychose grave et aiguë qui n'a duré que huit jours. Tandis que la maladie a, jusqu'ici, évolué, *grosso modo*, à peu près selon le schéma d'une paranoïa chronique, cet état aigu se montre, psychologiquement, complexe, riche en phénomènes psychiques, apparemment bizarres et de mauvaise augure. D'autre part, il nous faut pénétrer si profondément dans la compréhension des bases de la psychose tout entière que cela nécessite une discussion spéciale.

Si un médecin avait alors observé la malade, sans connaître son histoire, il aurait pu conclure à un trouble psychique schizophrénique en plein épanouissement : la malade croyait être hypnotisée, électrisée, influencée par les prières dites à l'intention de sa guérison ; elle pensait que tout le monde connaissait ses pensées, celles-ci étaient enregistrées par la police à l'aide d'un appareil. Une fois, elle a extériorisé une idée de grandeur fantastique, tout lui paraissait bizarre et changé, elle avait des idées insensées, subites et nombreuses, qu'elle attribuait, parfois, aux influences étrangères, hypnotiques. Il est en effet curieux que cet état ait pu surgir de façon énigmatique au cours d'une évolution paranoïaque. Jusqu'à ce moment existe, en effet, une

structure associative ferme, des relations logiques persistantes ; puis survient une rupture dans l'enchaînement des idées, apparition et disparition successives d'idées fantastiques, isolées, indépendantes, naissant au fond du psychisme, devenu flou. On pourrait, sans hésiter, définir cet état comme une dissociation et en conclure, plus nettement, que celle-ci n'est précisément pas un signe exclusif du processus schizophrénique. En tout cas, il ne faut pas le considérer comme un phénomène destructif. De même, l'apparition de sentiments d'étrangeté qui se cristallisent si régulièrement en idée d'hypnose et de l'emprise de la pensée, ne signifie pas autre chose qu'une tentative de trouver une expression au noyau central de la personnalité, resté encore intact ; tentative de sortir de la demi-obscurité étrange, confuse, insaisissable qui a surgi au fond du psychisme. Par contre, l'on pourrait se demander si on ne peut pas interpréter cette phase de la maladie brève et aiguë comme un « type de réactions schizophréniques », d'autant plus que des dispositions schizoïdes partielles sont nettes dans l'hérédité et la personnalité de la malade.

L'origine, l'histoire et l'issue finale de la psychose aiguë de notre malade nous dispensent de prouver qu'il ne s'agissait pas du tout d'une démence précoce dans le sens d'un affaiblissement dementiel. Mais, certains traits extérieurs importants du tableau clinique pouvaient déjà indiquer à un observateur avisé qu'il existait quelque chose de particulier. *Les gestes et les expressions verbales* restent tout à fait naturels, la *sociabilité* est conservée, malgré une forte tension des affects, la correction des idées morbides ne cesse d'être étonnamment large. En outre, ce qui est frappant, c'est que même dans cette courte période, malgré la confusion et la dissociation partielles, les affects et les processus de la pensée tournent exclusivement autour du pivot de l'expérience pathogène ancienne. Bien plus, c'est précisément à ces moments que commencent à resurgir du fond du cœur de la malade les souvenirs pénibles qui, depuis des années, corrompaient son psychisme : la vive nostalgie au souvenir de l'homme aimé, l'excitation sexuelle, le mépris douloureux de soi-même, les remords de conscience accompagnés d'anxiété et de désespoir. De même, les idées morbides obsédantes, la pensée de l'hypnose ne sont pas toujours aussi nettes qu'elles paraissent au premier abord ; bien souvent, elles sont associées à l'idée prévalente. On peut trouver ces associations en plusieurs points du tableau clinique.

En général, la phase aiguë de cette psychose est mieux comprise si l'on examine rétrospectivement son origine. Elle

plonge ses racines dans la période de changement professionnel (automne 1910). La malade a été alors obligée de travailler beaucoup dans une atmosphère bruyante, les charges de son poste étaient plus nombreuses et, surtout, elle devait être en contact permanent et pénible avec un nombre considérable d'individus. Il est évident que, précisément, cette dernière circonstance devait à nouveau attiser, chez cet être hypersensible, le délire de relation à peine apaisé, avec tous les éléments affectifs douloureux qui s'y rattachaient. En réalité, nous voyons se développer au printemps 1911 un état de neurasthénie grave, étroitement lié à un délire de relation plus accentué, sous la double influence du surmenage et de l'épuisement psychique. Le trouble mental que cet état amène, sans que l'on puisse trouver entre eux une limite nette, n'est autre chose qu'un accroissement progressif et extrême de l'état d'épuisement ; aussi pouvons-nous le définir comme une psychose sensitive aiguë.

Dans les descriptions imaginées de la malade, nous reconnaissons bien l'analogie avec les suites d'un grave épuisement psychique, comme on peut l'observer dans la vie courante. Ceci se rapporte en premier lieu aux phénomènes de perception et aux fonctions associatives. Comme dans une épreuve psychologique de fatigue, on y constate tout d'abord une simple baisse de rendement dans ces domaines. La perception des stimuli sensoriels commence déjà à être confuse et lacunaire au cours du voyage à W... Les propos des voyageurs pénètrent dans la conscience de la malade uniquement comme un « balbutiement, comme des sons inarticulés, comme à travers un état d'ébriété » ; elle pouvait capter des fragments isolés qui restaient suspendus dans la conscience mais, bien que nets, ils étaient dénués de signification (un symptôme très caractéristique du surmenage), de sorte qu'elle peut encore aujourd'hui, après des années, redire les paroles les plus frappantes, entendues lors de ce voyage en chemin de fer. Pour ces quelques éléments simples que la malade peut encore relever, elle ne peut trouver d'explication ; les associations les plus simples font défaut, la malade ne peut absolument pas comprendre pourquoi les paysans sortaient du cabinet médical. Elle se sent stupide. Tout lui apparaît en même temps étrange et indifférent, comme il est habituel dans ces états où confluent une demi-torpeur et une surexcitation vaguement ressentie.

A la simple faiblesse de la faculté d'association se joint un symptôme qui lui est apparenté : *le manque de résistance associative*. C'est un phénomène connu et qui accompagne une

grande fatigue physiologique : un refrain entendu dans la rue résonne en nous jusqu'à l'agacement ; une expérience fâcheuse s'installe solidement et attire dans sa sphère chacune des pensées nouvellement surgies ; des représentations à sens éloigné les unes des autres s'associent par force, à cause d'une rime banale ou d'un jeu de mots absurde. Bref, lors de ces fatigues au long cours, les voies associatives sont faussées, leur isolement et leurs contacts sont compromis. Des répétitions inutiles ne peuvent plus être freinées, des connexions d'ordre mineur ne peuvent plus être réprimées. Nous trouvons tout ceci à un degré accru chez notre malade ; elle est contrainte de prier toute la nuit ; elle répète les mêmes vilaines pensées sans pouvoir s'arrêter, et ceci avec insistance et netteté.

C'est surtout la contrainte de rechercher une représentation analogue à celle surgie à l'instant qui appartient à ce genre de phénomène. Cette contrainte apparaît non seulement au degré extrême du délire de relation, lorsqu'il suffit déjà que le sujet entrevoie le portrait du roi de Bavière, pour espérer une libération magique ou qu'il entende une expression telle que « capuchons gris » pour penser à la prison ; cette contrainte joue plutôt le rôle d'un trouble indépendant, dans la mesure où cette analogie par contrainte est, selon toute apparence, provoquée également par des perceptions banales, dépourvues d'affects et de relations, comme par exemple la literie étalée aux fenêtres. Ceci ne veut pas dire que ces représentations, apparemment sans rapports les unes avec les autres, ne puissent avoir leur racine affective plus profonde dans une expérience intérieure. Mais, celle-ci resterait introuvable si on ne voulait pas recourir à l'art d'interprétation. Les séries de pensées puisées dans la lecture de livres religieux devraient se rattacher symboliquement jusqu'aux faits les plus neutres de la vie quotidienne ; par exemple, la chasse d'eau des w.-c. est la source de la grâce divine ; le tablier est un signe d'humilité. Les enfants forment souvent dans leurs activités ludiques, avant de s'endormir, des associations du même genre. Des éléments de jeux à caractère déprimant et obsédant comme ceux avec le thermomètre ou les petits canards (1) ont des analogies connues par exemple avec les dessins compulsifs sur des papiers buvards. Ces dessins exécutés lors des réunions fatigantes et fastidieuses correspondent aux moments où la tension des affects (anxiété devant les examens,

(1) On devra supposer d'après certaines autres analogies que beaucoup d'idées et d'actes bizarres de cette phase de la maladie possèdent un caractère symbolique et que les jeux d'imagination reflètent partiellement des conflits sexuels actuels.

irritation, impatience) cherche une dérivation devant le vide associatif. La même combinaison du tarissement de la pensée, du surmenage et de la surexcitation de l'affect s'était produite à ces moments chez notre malade et avait atteint un degré morbide.

Les symptômes d'*hyperexcitabilité perceptive* forment également pendant à la faiblesse du processus de perception due à l'épuisement. Comme la surproduction des associations mineures, cette faiblesse doit être envisagée comme un élément corrélatif à une simple insuffisance associative d'un cerveau surmené. Ainsi, les pensées de notre malade atteignent parfois presque la plasticité d'une perception sensorielle. Elle ne sait plus à ces moments, si elle pense ou si elle parle. A l'état de demi-veille, des cauchemars très vivaces, des illusions fantastiques acquièrent une importance démesurée ; ici, de nouveau, on reconnaît un élément réactionnel lié à la lecture excitante. Dans la production des illusions isolées à l'état de veille, comme par exemple *l'interprétation des voix des bêtes au cours du voyage en chemin de fer*, la faiblesse perceptive et la surexcitation s'associent ; leurs effets sont étroitement liés. Il est toutefois important de noter que toutes ces illusions sensorielles de notre malade possèdent encore des analogies de type névrotique qui, bien qu'affaiblies, ne deviennent jamais des hallucinations *stricto sensu*. L'expérience quotidienne nous enseigne bien combien il est facile, lors des états de grandes fatigues, de passer de la simple hypersensibilité sensorielle aux méprises fantastiques (randonnées solitaires nocturnes, bruits de roues au cours de longs voyages en chemin de fer). Une simple hypersensibilité aux impressions sensorielles était déjà apparue chez notre malade longtemps avant l'épisode aigu de sa maladie.

Le tableau clinique est spécialement bien caractérisé par les particularités de la situation affective, dont le fond est dominé par une apathie diffuse où on voit toujours percer, de temps en temps, l'angoisse et le désespoir antérieurs qui, parfois, se confondent avec ces derniers en des images insolites. La malade reste dans sa chambre, allongée, inerte ; l'homme qu'elle a aimé viendra peut-être, pense-t-elle, mais elle est incapable de s'en réjouir ; on l'amènera en prison ; elle doit mourir, tout cela est tellement clair et va de soi ; chaque son, chaque syllabe l'irritent, la touchent et, au fond, lui sont quand même indifférents ; elle n'est plus fatiguée, elle ne trouve plus aucun intérêt en quoi que ce soit, elle est bête, elle est insensible, tout lui est égal. Elle est très raisonnable, mais les gens autour d'elle sont bizarres. A travers cette léthargie perce un malaise accablant,

un sentiment étouffant d'orage, d'oppression, d'angoisse, d'un grand malheur la menaçant. Et, sous l'influence de ces phantasmes irritants et de la solitude nocturne les affects immobilisés se libèrent et reviennent à la surface : la malade pousse le verrou de la porte, elle prie avec désespoir, elle se prépare pour partir, elle tremble de peur. De tels états d'âme, au cours desquels les affects resurgis sombrent dans le laisser-aller et l'apathie, jusqu'au moment où cette immobilité étouffante se transforme de nouveau en agitation ou excitation, où des hauts et des bas se succèdent périodiquement, lors de graves ébranlements psychiques, ont été fréquemment dépeints par de grands romanciers en rapport avec une vie psychique normale. Ces états signifient une irruption finale de l'énergie nerveuse due à une vibration continuelle de toutes les fibres psychiques, provoquée par de graves conflits intérieurs. Ils peuvent donc être considérés comme un symptôme d'épuisement affectif.

Cette immobilisation obtuse des affects, ce sentiment d'étrangeté et de vide, où percent des souvenirs douloureux de déplaisir ont été décrits en des vers bien connus par un observateur aussi pénétrant que Friedrich Hebbel.

Même si toutes ses plaies s'arrêtent de saigner,
Si toutes ses douleurs cessent de le brûler
S'il échappe au flot de sa détresse,
L'homme ne se retrouve plus lui-même.
L'œil et la bouche glacés, immobiles,
Il oublie la profondeur même de l'abîme
Et il lui semble n'avoir rien perdu,
Comme aussi n'avoir rien possédé.
Il y a une souffrance qu'on ne pourrait endurer,
Si le mal ne brisait sa propre coquille,
Et si, comme un mensonge de son sens dépourvu,
Il ne niait son propre souvenir,
Et, dans le vide de son for intérieur,
Oubliant que son cœur fut jadis joyeux,
L'homme est pareil à une vile ortie
Qui envahit sa propre sépulture.

Si nous avons défini la phase de la maladie, dont il était question plus haut, comme une psychose sensitive aiguë d'épuisement, il est entre-temps devenu évident que nous envisageons le terme d'« épuisement » dans son sens le plus large, donc en y faisant entrer les facteurs affectifs. Il est bien connu que l'influence de la fatigue dans le sens le plus large du terme, devient pathogène lorsque le sujet doit effectuer un travail psychique important, dans un état de forte tension affective (colère, soucis,

sentiment de responsabilité). On peut même observer qu'un simple excès de travail peut être supporté pendant quelque temps plus facilement, sans symptôme de consommation nerveuse, qu'un excès de tension des affects. Donc, la fatigue extrême, causée par le travail, associée à l'exténuation affective, fait éclore la psychose. Nous appelons celle-ci : psychose d'épuisement. Elle se distingue fondamentalement d'une élaboration hystérique des états affectifs par les lois biologiques qui lui sont inhérentes et qui régissent l'apparition de ses symptômes. Ces derniers s'apparentent aux effets d'une fatigue expérimentale et sont exempts de toute déviation nette de la conscience ou de la motilité. Nous avons reconnu comme traits particuliers et essentiels de la psychose un état de grave relâchement et d'insuffisance d'ordre affectif, associatif et perceptif, accompagné, en partie, par des symptômes d'excitation, faisant apparaître des éléments de représentations lâches, isolés, schizophréniformes. Nous relient ces groupes de symptômes aux facteurs schizoïdes héréditaires, en même temps qu'à l'épuisement nerveux. Cet ensemble de symptômes se présente comme un délire de relation grave dominé par l'expérience intérieure prévalente et par l'humeur foncière qui en découle.

Antérieurement déjà, nous avons reconnu que l'origine de cette seconde composante se trouve dans le mécanisme de la rétention. La différence entre cette partie du tableau clinique et la phase précédente, paranoïaque chronique, n'est que quantitative. Avec les deux notions de la rétention et de l'épuisement nous tenons, pour ainsi dire, en main, les deux fils qui nous servent de guides sûrs à travers les vicissitudes surprenantes de l'évolution de la maladie. Ces deux éléments plongent profondément leurs racines dans la constitution des malades et se portent garants de la justesse de notre conception. On les retrouve dès la prime enfance et au cours de toute la vie de l'individu.

Lorsque la malade ayant changé de milieu, se sent protégée (admission à la clinique le 27 juin 1911), les manifestations graves disparaissent rapidement. Non seulement l'état aigu de la psychose sensitive d'épuisement est, de ce fait, amélioré de façon durable, mais la longue période paranoïaque du délire sensitif peut, également, dans l'essentiel, être considérée comme close. Tandis qu'au cours des années précédentes, le développement de la maladie avait pu être défini comme une psychose avec des rémissions cédant le pas à un état de caractère névrotique, à partir de maintenant, on pourra parler plus exactement d'une névrose de relation avec des exacerbations passagères dans le sens psychotique. L'expérience prévalente, et c'est ici

le point saillant, avec sa forte charge affective, ainsi que les représentations délirantes qui s'y rattachent, commencent à perdre leur actualité. Elles se retirent vers le passé et sont intérieurement liquidées par la malade. Bien que tous les détails du délire n'aient pas été corrigés, bien que le sens du réel, concernant certains souvenirs, ne soit pas très net, le psychisme de la malade ne s'en ressent plus. Ce sont pour elle des problèmes théoriques, au sujet desquels on peut avoir des opinions diverses, au plus, on peut dire que ce sont des « bêtises » auxquelles il ne faut plus revenir. Au total, la malade se rend compte, avec pertinence, qu'au cours de la période écoulée, elle a eu une maladie mentale. Elle se rend compte qu'elle se trouve encore actuellement proche de cette zone et elle s'en inquiète. Le reliquat des représentations et les sentiments psychotiques ne sont pas encore actuellement pour la malade sans importance, car, sous l'influence traumatisante de la vie quotidienne, elle en élabore d'autres, dont l'aspect psychologique, lié au sens du réel, se trouve à la limite des idées obsédantes et des idées de relation fugitives et corrigibles. Nous avons déjà pu observer ce fait au stade initial de la psychose. Rien n'est plus caractéristique, dans notre tableau clinique, en faveur de la parenté intime entre le délire et l'obsession que le fait que l'ancienne idée d'emprisonnement, surgie au paroxysme de la psychose, et qui formait une des représentations délirantes la plus importante, revenait périodiquement, après le fléchissement de la maladie, en tant que représentation obsédante. Il s'agit ici simplement d'une différence de degré où nous pouvons nettement distinguer les trois échelons suivants : lorsque l'état psychique est relativement calme, cette représentation, en général, disparaît ; une dystonie psychique légère, liée à la menstruation, suffit régulièrement, pour la laisser resurgir, en tant que représentation obsédante tandis qu'à l'époque de troubles psychiques graves elle a joué le rôle d'une véritable représentation délirante.

Ainsi, l'idée d'avoir un regard sensuel a plutôt pris actuellement la forme d'un sentiment obsédant passager, au lieu d'être une conviction délirante. Cette représentation forme encore, avant tout, le lien entre le monde de sentiments actuels de la malade et celui de la période de la psychose chronique. D'ailleurs, elle est repoussée à l'arrière-plan par des idées et des sentiments qui lui sont voisins. Les sentiments qui dominent actuellement ont, en général, un contenu plus asthénique, sans rapport direct avec l'idée prévalente : le sentiment de l'insuffisance et de la faiblesse nerveuses et psychiques, une perplexité anxieuse et un découragement, « une mauvaise conscience », un souci de

ne plus pouvoir recouvrer la santé, la crainte de passer pour inutile et agaçante, d'être traitée avec un léger mépris, de ne pas avoir un rendement professionnel satisfaisant. On devra admettre que ce complexe de sentiments et d'idées qui préoccupe de préférence la malade ne peut être considéré comme une idée délirante, mais comme quelque chose qui est inhérent à son état de santé. En effet, ces dernières années, au cours de son séjour à la clinique, comme son système nerveux est resté vulnérable, la malade nécessite constamment des ménagements. Malgré sa meilleure volonté, elle n'a jamais pu fournir qu'un travail limité et en l'interrompant pour un certain temps. Sa labilité affective nécessitait, de la part de son entourage, beaucoup d'égards et de patience. Chaque individu habitué à travailler, lorsqu'il est condamné pour une période un peu prolongée à une telle impuissance et à une telle dépendance, aura tendance aux mêmes pensées décourageantes, à la même hypersensibilité, et sera prêt à supposer qu'il est une charge pour ses amis. Le fait que la malade réagit de cette manière à sa situation n'est pas un signe d'une maladie mentale, mais donne plutôt la mesure de l'intégrité de son intelligence et de la finesse de son psychisme. On voit que la personnalité de la malade est sortie indemne de la psychose.

Ce n'est que le degré et la fréquence des sentiments auxquels la malade succombe qui sont morbides, dans le sens névrotique de ce terme. Cette névrose emprunte son caractère spécifique à la tendance de tout rapporter à soi-même. Ainsi, les éléments intriqués de façon fortuite sont de nouveau rapidement abandonnés et s'expriment par des sentiments de relation. C'est pour cette raison que nous avons parlé de névroses de relation. Occasionnellement, il y a eu, comme au printemps 1914, des aggravations réactionnelles et passagères de cet état, qui disparaissaient pourtant rapidement dès que leur cause fût écartée. Une construction délirante systématisée et consolidée dans une certaine mesure n'a plus apparue.

En résumé, on peut dire que le tableau psychologique, présenté par la malade pendant les cinq dernières années correspond dans tous ses points essentiels, à sa constitution psychopathique innée. Nous connaissons celle-ci d'après l'histoire de la malade. Toutefois, les traits principaux de sa constitution apparaissent maintenant accentués et approfondis. Les symptômes névrotiques d'ordre général, comme la fatigabilité rapide causée par le travail ou par les affects, la douceur et la labilité psychiques, l'hypersensibilité éthique, ainsi que, dans les rapports quotidiens avec l'entourage, l'hypersensibilité conditionnée par la faiblesse, l'insécurité et un vif sentiment d'honneur, et ce qui

en découle, une tendance continuelle à des idées fugitives de relation, sont des traits caractéristiques essentiels de notre malade. Ajoutons encore une tendance à des représentations obsédantes et un manque de résistance associative (déviation du cours de la pensée), tout ceci est resté longtemps conservé. Malgré tout, la malade est restée bienveillante, délicate et dépendante comme elle l'était toujours.

Nous avons suivi les transformations psychiques de notre malade depuis sa jeunesse à travers les quatre phases suivantes : le premier stade de la *psychopathie constitutionnelle*, dans le sens des prédispositions caractérielles sensibles avec ses oscillations peu marquées, a permis le développement du délire de relation sensitif sous la forme d'un état paranoïaque chronique. Cet état s'aggrave et atteint le stade d'une psychose sensitive aiguë d'épuisement avec une dissociation partielle, pour se muer ensuite en une névrose de relation chronique. Les deux périodes intercalaires sont dominées par une expérience intérieure prévalente dont la source se trouve dans un sentiment humiliant d'insuffisance. Tandis que, lors du stade de la névrose de relation, cette sorte de guérison incomplète rapproche de nouveau la situation de l'état constitutionnel de base. On a pu remarquer que toutes les fluctuations importantes des états psychiques étaient réactionnelles et qu'elles se produisaient à la suite des changements survenus dans les conditions extérieures de la vie. On a vu également que, sur le fond d'une disposition conditionnée par une hérédité chargée, deux composantes, une psychologique, l'autre biologique, conservation et épuisement, étaient les causes principales de graves modifications morbides. Le plus souvent c'est le facteur principal, la rétention qui conditionnait secondairement l'épuisement. Il est donc permis de supposer, étant donnée l'évolution de la maladie jusqu'à ce jour, que son avenir dépendra de la façon dont réagira son caractère psychopathique aux incidences extérieures de la vie, incidences qui, pourtant, font loi, dès que la malade les conçoit comme des expériences vécues.

Anna Feldweg, célibataire, est née le 1^{er} avril 1865. Son père, instituteur, aurait eu une très bonne santé et un caractère enjoué ; il était très dévoué dans son travail ; pour ses enfants, il était sévère et peu affectueux. La mère avait des tendances dépressives dès son enfance ; elle était calme, effacée, nerveuse, très tendre, d'humeur inégale mais de bon naturel. Dans la seconde moitié de sa vie, elle eut une longue période de dépression qui

a duré 25 ans environ. Elle eut, à plusieurs reprises, des idées de suicide et des idées de persécution de plus en plus graves, des illusions sensorielles et une scrupulosité religieuse. Tout ceci a nécessité deux courts séjours dans des maisons de santé. Elle mourut à un âge avancé, sans être guérie et sans que son intelligence ait été diminuée. Toute la famille était très pratiquante. Deux sœurs de la mère étaient sujettes à des maladies mentales de caractère dépressif, plusieurs neveux et nièces du côté maternel étaient mélancoliques. Un d'eux s'était pendu ; deux de ses nièces avaient eu des maladies mentales incurables. Des 10 frères et sœurs de la malade, un frère, après de nombreuses vicissitudes, fut admis dans un asile d'aliénés, en Australie ; les autres, ceux qui vivent encore, sont en bonne santé.

Au sujet de la malade même, ses sœurs, célibataires et vivant avec elle dans la même petite ville natale, racontent qu'elle était d'humeur dépressive, dévouée, travailleuse, entêtée, ambitieuse, habituellement réservée vis-à-vis de son entourage et très pratiquante. Elle-même donne encore plus de détails : ses récits concordent sur des points importants avec ceux de ses sœurs. Ses prédispositions innées, disait-elle, n'étaient pas à vrai dire dépressives, mais plutôt on voyait alterner une grande tristesse avec des périodes de gaieté, ce qui rendait la malade très sensible aux expériences déprimantes. Avec les années, le côté sérieux de son caractère prenait de plus en plus le dessus. La coloration toujours triste de sa pensée s'explique, d'après elle, par des conditions extérieures. Tout d'abord, à 13 ans, elle a eu une maladie glandulaire qui l'a déformée physiquement. Elle espérait être institutrice, mais ce projet a échoué car elle a dû interrompre ses études pendant longtemps.

Ces événements lui avaient causé un chagrin profond. En même temps, la maladie l'avait privée du contact avec les enfants de son âge. En outre, elle souffrait de la cohabitation avec sa mère, qui était une malade mentale, ce qui pesait à toute la famille. A l'époque où la malade avait 40 ans, quelques faits s'étaient rapidement succédés les uns après les autres : la mort de sa mère, d'une de ses sœurs, et la brouille avec un de ses beaux-frères. La première atteinte de son moral eut lieu immédiatement après l'attaque d'apoplexie de sa sœur, fait qui l'avait ébranlée. Elle est tombée dans un état de dépression qui, les premiers 15 jours, était accompagné de « crises nerveuses ». Cet état s'améliorait lentement. Elle n'avait pas à ce moment de troubles mentaux, son esprit était clair, mais elle ne pouvait exprimer ses pensées ; elle ne pouvait pleurer, tout lui était « tombé sur les nerfs ». Cela a duré presque un an.

Par contre, dans son enfance, elle était très gaie, aimait passionnément les jeux bruyants. Plus tard, également, lorsqu'elle apprenait la couture et que son travail était apprécié et recherché, elle se sentait souvent très contente, animée, gaie. Elle avait une conscience fort nette de sa propre valeur, ce qui avait déjà de bonne heure fait d'elle une élève ambitieuse ; elle a été toujours une des premières de sa classe, avide d'apprendre, pour pouvoir exercer ultérieurement une activité professionnelle supérieure. Dans les contacts avec ses camarades, auxquelles elle n'avait à vrai dire rien à reprocher, elle se montrait un peu fière et réservée. En même temps, extérieurement, elle était si douce, si timide, si peureuse, que lorsqu'elle venait en retard à l'école, elle s'asseyait à la porte et attendait que quelqu'un vienne la chercher, car elle n'osait pas entrer toute seule dans la classe. Devant les étrangers, elle était aussi timide et gênée. Elle méritait rarement une punition, mais une fois punie, elle se sentait blessée à l'extrême dans son amour-propre. Après chaque blâme, elle était longtemps abattue et triste, ne pouvait se débarrasser de ce sentiment, scrutait méticuleusement sa conscience pour trouver la justification du blâme.

Lorsqu'elle eut dépassé l'âge scolaire, elle voulut quitter sa famille, pour se placer comme femme de chambre ; elle hésitait à solliciter une place de gouvernante, ne se croyant pas assez instruite. Mais sa mère ne voulait pas la laisser vivre parmi les étrangers, à cause de son visage déformé. Elle est donc restée à la maison, faisant de la couture et vivant tranquillement dans sa ville natale, en exerçant avec zèle son métier pendant de longues années. Après la mort de ses parents, elle habita avec ses deux sœurs célibataires, avec lesquelles elle était très liée. Elle était très pieuse et consacrait ses loisirs au travail dans une association chrétienne.

Sa sœur aînée nous raconta ce qui suit à ce propos : A 46 ans, la malade commença de nouveau à être déprimée. Elle était alors préoccupée, comme on l'a appris plus tard, d'un professeur de lycée, M. K..., un homme marié, président d'une école du dimanche, où elle-même enseignait. Le trouble mental se manifesta pour la première fois au cours d'une excursion que cette école fit un dimanche. Durant cette sortie, K... aurait fait des reproches à la malade ; du moins, elle le pensait. Elle s'en était tellement émue que, de nouveau, comme au moment de la mort de sa sœur, elle eut des crises et ne se calma qu'après avoir été soignée par le médecin de famille. Si la malade affirmait n'avoir aucun penchant pour le professeur, en réalité, toutes ses pensées, tous ses sentiments n'étaient occupés que de lui. Elle cherchait

toujours à le rencontrer, elle pensait à lui des journées entières ; elle lui écrivait. Pendant deux ans et demi ses sœurs avaient beaucoup souffert de cet état. On avait éloigné la malade de l'école du dimanche et on essayait, en vain, tout ce qui était possible pour la changer d'idées. Un séjour de six semaines dans une maison de repos l'avait tout d'abord grandement amélioré. Mais les choses en revinrent au même point. D'après ses sœurs, *ses pensées tournaient toujours autour de cette histoire d'amour* : après des allées et venues dans un état d'agitation continuelle, la malade se sauvait parfois et rentrait tard ; ne pouvait plus travailler, se levait la nuit, dormait peu, parlait de suicide et commençait à haïr ses sœurs. Par ailleurs, son comportement était normal.

La malade fut admise à la clinique de Tübingen le 15 septembre 1913. Pendant son séjour à la clinique, elle décrivait en détails l'origine de sa maladie. Elle niait vivement avoir jamais eu un sentiment profond pour M. K... Mais lors d'un interrogatoire discret, elle raconta spontanément que de longues années avant l'apparition nette de la maladie, elle l'avait aimé et estimé beaucoup pour ses capacités, son caractère et sa piété. Dans son *penchant pour lui*, ce sont ses propres paroles, elle avait dans son for intérieur dépassé depuis longtemps *les limites permises* ; ses sévères principes religieux lui infligeaient des luttes nombreuses et pénibles contre ces pensées. Déjà, au cours des années qui précédaient la maladie, elle avait l'impression que K... se rendait compte de ses sentiments et qu'il le lui faisait voir, à l'occasion, par ses brusqueries.

Elle s'était rendue à cette excursion dominicale ainsi qu'à un congrès d'instituteurs à G... en 1910, tout d'abord à contre-cœur, et seulement à la suite des encouragements réitérés de M. K..., et aussi parce qu'elle savait qu'un prêtre, aux idées libérales, devait y prononcer un discours. Ce genre de discours faisaient habituellement sur elle une vive impression. En effet, il y eut une discussion entre cet ecclésiastique et K... qui défendait son propre point de vue religieux, qui était également celui de la malade. Le soir, en rentrant avec K... et à propos des sujets débattus ce jour-là, ils parlaient du pasteur B... qui vivait avec une maîtresse, tandis que sa femme légitime était en Chine. La malade condamna sévèrement le comportement de B... à quoi M. K... répondit :

Oui, Mademoiselle F..., c'est un péché grave, contre lequel tout le monde doit lutter.

Il voulait dire, pensait-elle : « Tu es pareille à cette maîtresse. » Cette observation du professeur, dit-elle ensuite, a été la cause

de sa maladie. Depuis ce moment elle s'était retirée de l'école du dimanche, car M. K..., pensait-elle, lui faisait comprendre qu'en y travaillant, elle aurait voulu créer la même situation que celle du pasteur B...

Toutefois, après un certain temps, elle devint de nouveau indécise, essayant elle-même de se mettre à l'épreuve et, finalement, elle eut l'idée « qu'une jeune fille devait s'occuper de ce qui a trait au Seigneur ». Ceci l'avait tranquillisée complètement et, revenant de la conférence suivante, quelques mois plus tard, elle s'était de nouveau assise à côté de K... car, possédant l'un et l'autre une plus grande expérience et une instruction plus poussée, ils pouvaient mieux que les autres s'entretenir de sujets religieux. A la conférence même, elle essayait de se tenir à distance de K... En revenant de la gare, il lui dit :

N'est-ce pas, Mademoiselle F..., que vous prenez ce chemin ?

Et, par là, il voulait dire un autre que le mien. Elle se sentit plus gênée vis-à-vis de lui et s'aperçut qu'il avait gardé l'ancien soupçon. Elle prit donc un autre chemin et, par la suite, ne sortait de chez elle que le moins possible. Elle faisait faire ses commissions par les autres, se tenait à l'écart de tous les professeurs de l'école du dimanche, et se montrait toujours très méfiante. Toutefois, elle ne put se contraindre à rester longtemps à l'écart de l'école du dimanche bien qu'elle cherchât toujours un prétexte pour ne pas s'en occuper. M. K... l'avait si mal traitée à l'occasion d'une petite divergence d'opinion, au sujet de l'office dominical à l'école, qu'elle eut un choc nerveux à l'église, le soir de Noël. D'autres fois, le dimanche, il l'avait exagérément flattée : elle avait élaboré tout cela intérieurement et avait décidé de lui parler de façon brusque pour lui montrer qu'elle ne désirait rien de lui. Mais alors, tout recommençait et quelque chose lui disait dans son for intérieur :

Tu as été injuste pour cet homme, tu es quand même la personne pour laquelle on te prend.

Le thème du discours de clôture d'avant les vacances de printemps (1911) a été rapporté par la malade entièrement à elle. La nuit d'après, elle ne pouvait pas dormir et le lendemain matin elle écrivit une lettre au Pr K... en lui disant qu'elle était en effet ce qu'il pensait d'elle. Ce faisant, elle avait le sentiment que quelque chose se retournait en elle et les jours suivants elle a dû vraiment supporter des souffrances atroces. Peu après, K... vint la voir chez elle et essaya de la calmer, mais elle lui répliquait toujours qu'elle était vraiment une personne de mau-

vaie conduite. Il a donc cessé de s'occuper d'elle et a raconté toute l'histoire, à mots couverts, à l'école du dimanche. Elle souffrait d'avoir été méprisée ; néanmoins pour le « bien de l'école », elle a continué à y enseigner. Ses sœurs, à qui elle s'était peu de temps après confiée, la considéraient comme coupable et lui conseillaient vivement d'expier sa faute et de se confier à Dieu ; elles ne voulaient pas savoir ce qu'elle avait fait.

Ainsi, la conscience de son innocence s'estompait de plus en plus et la malade pensait avec une certitude toujours croissante qu'on la considérait comme une personne de mauvaise conduite. Elle s'aperçut également que la femme du professeur détournait son regard lorsqu'elle la rencontrait dans la rue. Un des amis de cette dame s'était comporté de la même façon et a fait, en la présence de la malade, cette remarque étonnante : « Nous sommes des gens sensés », ce qui visait nettement la malade. Finalement, elle croyait que toute l'école du dimanche, toute la ville même, était au courant de son histoire. Elle était très angoissée lorsqu'elle sortait et essayait même de ne pas sortir du tout. Elle ne pouvait réprimer ses luttes internes ni le jour, ni la nuit. Elle ne pouvait retenir ses larmes des heures entières lorsqu'elle apercevait une de ses collègues de l'école du dimanche. A la maison de santé non plus, elle n'avait confiance en personne ; au contraire, elle avait toujours le sentiment qu'on la croyait coupable. Lorsque, après six semaines, elle fut de nouveau rentrée chez elle, elle s'aperçut tout de suite que certaines personnes ne la saluaient pas, que les autres institutrices ne venaient pas la voir. Il lui arrivait même d'avoir des idées de suicide. Par contre, elle ne voulait pas admettre d'avoir éprouvé de la haine envers ses sœurs. Elle était totalement repliée sur elle-même et, lors de cet état, elle ne pouvait ni aimer, ni haïr. Elle est parvenue à un tel point que lorsque ses collègues de l'école du dimanche venaient lui dire qu'elles n'avaient jamais pensé de pareilles choses, elle ne voulait les croire. Malgré tout, elle tenait à se justifier et ne pouvait admettre qu'elle ait, en réalité, jamais nourri des pensées coupables.

C'est ainsi que, s'étant armée de courage, elle nous a parlé au moment de son admission à la clinique. Elle parlait sans réticence, avec confiance, en amie et, à l'issue de l'entretien, elle s'est visiblement sentie soulagée et calmée. Le médecin a rédigé le certificat d'admission suivant : « (1913). Manifestement, la malade n'a jamais eu d'illusions sensorielles ; elle est complètement lucide, bien orientée et fait l'impression d'être tout à fait inoffensive ; elle est extrêmement consciencieuse et pédante. Son comportement est tout à fait naturel et son raisonnement,

abstraction faite de son idée délirante, tout à fait logique. » La malade s'est très bien adaptée à la vie de la clinique et a manifesté une entière confiance à l'égard des médecins. Cinq jours après son admission, le médecin lui a fait part de son désir de parler à M. K... Ceci a provoqué plusieurs petites crises hystériques, durant lesquelles elle se dressait sur son lit, respirait précipitamment et répondait tout bas aux questions posées. Des crises de ce genre survenaient ultérieurement et à plusieurs reprises, lorsque la conversation était dirigée sur le Pr K... Il était visible que les conversations de ce genre l'émotionnaient toujours. L'examen somatique qui, du reste, ne révéla rien de sérieux, provoqua aussitôt quelques secousses musculaires.

Au début, la malade manifesta un grand besoin de se confier à quelqu'un, d'être réconfortée par les médecins. Elle insistait sur le bien-être qu'elle ressentait à la clinique. Aussitôt que le traitement fut commencé, elle se calma et le fait que l'on ne prenait pas son état pour un péché, ainsi qu'on le faisait chez elle, mais bien comme une maladie, contribuait particulièrement à la tranquilliser. Elle-même appelait son état « une grave maladie de l'âme ». Mais sa perspicacité n'allait pas jusqu'à rechercher la cause de sa maladie dans les « remarques imprudentes » de M. K... qui aurait dû se donner la peine de lui parler sans arrière-pensées. Plus tard, elle passait sous silence les événements précédant son admission à la clinique et n'était pas contente lorsqu'on aiguillait la conversation dans ce sens. Après un séjour de deux mois (15-9/17-11-1913), son état a été considéré comme amélioré ; elle a été dirigée sur une maison de convalescence avant d'être autorisée à rentrer chez elle. Elle a quitté la clinique à regret, car elle craignait un manque de compréhension de la part de ses sœurs.

Les médecins traitants de cette époque ajoutent les observations suivantes :

Extrême sensibilité psychique, la malade est le plus souvent calme et d'humeur égale, pas de fluctuations importantes ; de temps à autre seulement une remarque anodine, faite en passant, pouvait provoquer chez elle une irritation intérieure ; tendance à élaborer profondément le moindre événement ; la rumination mentale persiste encore, ainsi que l'égoïsme prononcé, malgré une grande modestie ; l'expression du visage est amène, reflète la timidité ; elle s'entend bien avec les autres malades, se préoccupe peut-être trop de toutes les autres, cherche à exercer sur elles une influence d'ordre religieux.

Le séjour dans sa famille n'a pas été de longue durée ; d'une part, ses sœurs l'avaient accueillie avec des reproches. Elles

disaient qu'à la clinique elle les accusait d'être la cause de sa maladie. D'autre part, la malade ne cachait pas son ressentiment de ce que ses sœurs ne venaient pas la voir. Cette légère tension dans cette ancienne ambiance s'accrut par la réapparition de ses inquiétudes anciennes : la crainte de rencontrer M. K... dans la rue et de voir un reproche dans son regard. C'est pourquoi elle sortait très rarement. Son attitude à l'égard du professeur éveilla également en elle des doutes d'ordre religieux ; elle craignait pour son salut et se sentait éloignée de Dieu. Elle avait de la peine, car les prêtres et ses anciens amis ne lui apportaient pas assez de réconfort moral. Sans son habituelle activité sociale, elle aurait trouvé sa vie vide et monotone, tandis que d'autre part, elle se sentait peu apte au travail, tant elle était dominée par sa tristesse. Tenant compte de tout cela, elle demanda à retourner à la clinique, ce qui, finalement, fut fait.

Elle fut admise à la clinique une seconde fois le 11 février 1914.

Elle disait que sa maladie consistait actuellement en une « méfiance totale à l'égard de Dieu et des hommes ». Elle citait aussi les propos tenus auparavant par le Pr K..., qu'elle avait dans le temps rapportés à elle et elle était encore persuadée que c'était vrai. Toutefois, elle se tranquillisait vite, elle affirmait être en état de pouvoir prier et lutter contre ses tentations. Un repos psychique, en même temps qu'un grand repos physique, lui ont fait beaucoup de bien ; à ce moment, elle était, la plupart du temps, d'humeur égale, calme, contente. Cependant, elle se tenait volontiers à l'écart des autres malades parce que, disant, elle ne pouvait supporter le bruit et les conversations ; en outre, elle faisait comprendre que son transfert en 3^e classe ne lui paraissait pas tout à fait correspondre à son rang social. Comme elle entreprenait parfois, avec trop d'ardeur, l'éducation des malades plus jeunes qu'elle et comme on le lui défendait, elle eut une légère crise de nerfs ; cela lui était arrivé également lorsque, pour certaines raisons, on ne lui permit pas d'aller seule à l'église. Des crises graves se renouvelèrent lorsque quelqu'un prit les marques laissées sur son cou par un col très étroit, pour des traces d'une tentative d'étranglement volontaire. Cette supposition la rendit très malheureuse.

Ainsi, des incidents insignifiants pouvaient facilement compromettre son équilibre. Mais si, par contre, on la laissait tranquille, elle était le plus souvent contente et cherchait de temps en temps à renforcer son sentiment de sécurité par un entretien avec le médecin ; elle voulait savoir si vraiment on n'avait pas changé d'avis sur son état et si on ne le considérait pas du « point

de vue de la faute ». Malgré sa tendance à la méfiance, elle suivait toujours avec docilité et bonne volonté toutes les prescriptions médicales. Parfois, elle était encore tourmentée intérieurement par ses anciennes idées. Un accès, le plus aigu de ce genre, se produisit à la fin du mois d'avril 1914, sans que l'on ait pu déceler un motif extérieur. Elle tomba, à ce moment, dans un état d'accablement, d'inquiétude intérieure et d'anxiété qu'elle pouvait bien maîtriser extérieurement, tandis qu'au fond elle était tourmentée par des idées de suicide. Dès qu'elle eut fait part de cet état d'âme, elle fut transférée pour quelques jours dans une division fermée, ce qui la calma visiblement. Environ 15 jours plus tard, il se produisit, presque du jour au lendemain, un revirement brusque de son humeur, ce qui s'était visiblement répercuté sur son aspect extérieur : ses yeux brillaient, sa figure était colorée, avait une expression plus énergique. Un matin, lors de la visite médicale, elle déclara avoir tout compris, avoir tout surmonté et se sentir, à vrai dire, en bonne santé. La lettre suivante fut écrite dans cet état d'esprit :

Tübingen, 28-4-1914.

Mes chères sœurs, je voudrais vous dire que mon état psychique s'est dernièrement amélioré de façon définitive. La tristesse diminue de plus en plus, et je m'aperçois de la grâce de Dieu, de sa protection pendant cette période difficile des quatre dernières années. Remerciez avec moi le Seigneur, pour ce changement favorable. J'ai un ferme espoir de guérir complètement. Je vous remercie de tout mon cœur, mes chères sœurs dévouées, pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous le rende. Je ne peux que me louer de la Bonté Divine, remercier Dieu et me réjouir, que le temps viendra, où je pourrai de nouveau être parmi vous. Votre sœur qui vous aime.

A. Feldweg.

Durant quelques jours encore l'expression de son visage fut heureuse, souriante, tranquille et contente. Malgré cela, elle eut plusieurs petites crises nerveuses, principalement la nuit. Elle les expliquait par le fait que ses nerfs ne pouvaient pas encore faire face à ce brusque changement intérieur. Le 7 mai 1914, elle demanda à parler au médecin ; au cours de cet entretien, elle parla environ 20 minutes sans discontinuer. Elle s'exprimait en phrases simples, bien ordonnées, s'arrêtant souvent et longuement aux détails, mais sans perdre le fil de sa pensée. Elle demanda de ne pas l'interrompre, car autrement elle serait déconcertée.

Elle disait au cours de son monologue que c'en était fini avec le Pr K... qui l'avait traitée sans tendresse, qu'elle ne lui gardait pas rancune, mais qu'à l'avenir elle ne voudrait pas le

rencontrer. Son opinion au sujet de toute sa personnalité était et resterait bien tranchée, les idées qui le concernaient et qu'elle rapportait à elle étaient maintenues en tous les détails, mais sans ergotage : elle sentait qu'une amélioration durable s'était installée ; quant à elle, elle se sentait bien portante, mais demandait qu'on la gardât encore un certain temps, jusqu'à ce que ses nerfs fussent complètement calmés. Cet état d'euphorie légère dura plusieurs jours, pour faire ensuite à son humeur habituelle, calme et satisfaite. Parfois, cet état était interrompu par de courtes périodes de dystonie et de tristesse ou par des crises nerveuses du genre décrit plus haut. Ceci était dû à des causes extérieures insignifiantes, qui se produisaient au moment de ses règles (qui, après un arrêt de trois mois en 1913, devinrent régulières).

Depuis l'apparition de sa maladie, elle n'a pas formé de nouvelles représentations délirantes. Si on lui faisait des objections au sujet de ses anciennes idées (la critique du P^r K...), elle y réfléchissait souvent et longuement des journées entières, pensant à tous les détails sans qu'elle change finalement sa conviction pour longtemps. Elle aimerait venir à la clinique ; elle s'y sentait protégée ; enfin, depuis 1915, elle a repris son activité sociale à laquelle elle se consacre volontiers.

La manière d'être de cette malade est caractérisée par une expression anxieuse, douce, amène de la physionomie. Elle rougit facilement, ses gestes sont timides et embarrassés ; ses conversations, même banales, sont souvent parsemées des phrases prises dans la Bible. Elle parle à voix basse, doucement. Toutefois, elle garde ses convictions avec une persévérance à peine perceptible, même avec un entêtement souriant, qui ne se manifeste jamais par une opposition directe, mais, plutôt, par de petites intrigues anodines, ainsi que par une secrète susceptibilité et une rancune. Comme elle le dit elle-même au cours des entretiens, elle s'empare, lors de la visite médicale, du moindre mot dit en passant, pour y chercher un encouragement ou une consolation ; ou pour y voir un blâme ou une désapprobation. Dans ces cas, cette sensibilité de sensitive l'épuise vite physiquement : lassitude, tremblements s'ensuivent ; elle se sent déprimée et souffrante ; à ces moments elle voudrait beaucoup que les médecins, les prêtres et ses proches la réconfortent. Elle garde toujours entre elle et les autres malades une certaine distance, bien qu'elle soit aimable et bienveillante ; elle s'habille soigneusement et proprement et aime les travaux d'aiguille. Elle travaille avec zèle, tranquillement, se confectionne de petites parures artistiquement exécutées, puis elle en fait cadeau aux

autres. Tout son caractère avec son penchant aux méditations sur les problèmes religieux, sa tendance à l'introspection, aux confidences destinées à quelques personnes qui ont gagné sa confiance, est resté inchangé. Dans tout ceci, elle fait preuve d'intelligence et de clarté d'esprit, mais également d'un désir de se mettre en valeur. Elle est attachée à la clinique et reconnaissante aux médecins.

Catamnèse 1917. Depuis sa sortie de la clinique, la malade a travaillé régulièrement à la « Soupe populaire » de Tübingen. Elle a pu quitter la clinique en juillet 1917. La tendance à des crises hystériques occasionnelles et à la scrupulosité religieuse s'était maintenue. Elle est contente d'avoir repris son travail.

Catamnèse 1926. Depuis sa sortie de la clinique tout alla bien pendant des années ; le délire de relation n'a pas réapparu ; depuis le printemps 1918, elle a travaillé de nouveau avec ses sœurs à des travaux ménagers et à des travaux d'aiguille.

En 1923, se déclara, sans cause extérieure, un état de grave agitation qui ne dura pas longtemps et pour lequel elle a été admise à la maison de santé de Zwiefalten. Cet état a duré du début de juin au début d'octobre. Aucun rapport avec le délire sensitif antérieur n'était observé ; il s'agissait plutôt d'agitation accompagnée d'angoisse et de dépression : regard fixe, figure décomposée par la douleur, torsion des mains, cris de détresse inintelligibles, parfois, forte inquiétude et refus d'alimentation : elle irait en enfer, elle croyait voir le diable, elle est aux enfers, elle doit mourir brûlée vive ; de mauvais esprits sont venus avec elle au monde, elle est la cause de la conflagration mondiale. Elle était souvent insensible aux paroles de réconfort. Puis, au début d'octobre, une rapide accalmie s'est installée. La malade n'avait aucun souvenir précis de ce qui s'était passé. Le diagnostic du médecin de la maison de santé était : psychose maniaco-dépressive. Elle fut encore gardée à l'établissement en convalescence jusqu'en août 1924, travaillant la plupart du temps assidûment à la lingerie. Son irritabilité diminuait progressivement ; elle avait encore quelques petites récidives de dépression. C'est à ce moment que réapparut son ancienne personnalité telle que nous l'avons décrite antérieurement : douceur, amabilité, réceptivité ; ténacité, application, fatigabilité et psychasthénie ; petite tendance au maniérisme et à des accès hystériques sporadiques. Considérée comme entièrement guérie, elle a quitté la clinique pour rentrer chez elle le 1^{er} août 1924. Elle a eu à ce moment une totale conscience d'avoir été malade ; elle était contente et confiante en l'avenir.

Depuis, nous a écrit la malade en octobre 1926, tout va, Dieu merci, bien chez moi, sommeil et appétit sont satisfaisants, aussi suis-je en état de travailler toute la journée et je fais tout volontiers. Je fais également des commissions, je rencontre des gens ou je me promène, mais le contact avec les autres m'est plus difficile. J'évite autant que possible ce qui aurait pu me donner des inquiétudes. De temps en temps, j'ai encore des moments difficiles, mais je ne ressens pas le besoin d'en parler à qui que ce soit et cela se passe toujours. Je vis en bonne intelligence avec ma chère famille, je m'occupe du ménage ou je couds, je tricote, je brode.

Ce cas prouve également que les affections de caractère sensitif ont un pronostic relativement favorable. L'aspect paranoïaque de la maladie avait depuis beaucoup d'années disparu et il ne s'était même pas réveillé sous l'influence d'un grave trouble dépressif de l'été 1923. Cette dépression même n'a aucun rapport ni par sa durée, ni par son contenu, avec le tableau clinique antérieur de la paranoïa réactionnelle. Elle représente sans aucun doute des oscillations du soubassement endogène de la personnalité de la malade. On peut se ranger à l'avis des médecins de la maison de santé et considérer cet état comme un tableau atypique d'une affection circulaire. Après l'accès, l'ancienne personnalité reste intacte, normale et naturelle dans son comportement social, ainsi que dans le cours de sa pensée et dans sa faculté d'expression.

Cette histoire a beaucoup de ressemblance avec celle de Hélène Renner. La constitution de cette malade présente également de graves tares héréditaires qui se traduisent par un nervosisme habituel et par une fragilité physique. Nous trouvons également dans son caractère, d'une part une hypersensibilité psychique, une anxiété, une tendresse et une scrupulosité éthique. D'autre part, à travers l'expression douce de sa physiologie percent des lueurs d'une certaine opiniâtreté, d'une affirmation consciente de soi, ainsi que des aspirations sociales. La tendance à l'« intériorisation » des expériences et à la rétention des affects complète ce tableau de la disposition caractérielle sensitive. L'expérience intérieure et son élaboration intrapsychique sont totalement identiques dans les deux cas : amour inavoué, dissimulé pendant des années et combattu intérieurement, provoque : 1° la conscience d'une insuffisance humiliante, et 2° le délire de relation, découlant directement de cet état. Il faut bien souligner ici également que c'est seulement la réaction à l'expérience intérieure qui est morbide, tandis que l'origine du sentiment amoureux lui-même se présente comme psychologiquement normal. Le penchant féminin instinctif se

développe ici progressivement selon les lois bien connues. Il prend son point de départ d'une rêverie et d'une admiration naïve et religieuse pour le Pr K... En général, par la suite, il semblait ressortir que, précisément ici, il ne s'agissait pas d'une amourette franche et avouée de jeune fille, mais surtout, du moins extérieurement, d'une admiration et d'un culte pour une personnalité donnée. Il ne s'y était ajouté qu'une certaine dose de tendresse érotique, suffisante pour inquiéter la conscience hypersensible de la malade. La manière dont cette expérience a été élaborée diffère d'ailleurs quelque peu de celle de Hélène Renner. Celle-ci s'était rendu franchement compte de son violent amour, avec tout son côté érotique, et avait honnêtement et en toute conscience pris position à son égard. Anna Feldweg, par contre, cherche toujours à le cacher devant elle-même et devant les autres, parfois en se servant de motifs spécieux et de sophismes ou d'artifices à caractère religieux, qui feraient sourire ceux qui sont au courant des problèmes psychologiques ; c'est pourquoi nous apportons, autant que possible, dans notre description, les récits textuels de la malade. Cette tendance à écarter du centre du champ de la conscience les états d'âme désagréables est typique pour les hystériques et non pour les sensitifs. En effet, en comparant ce cas avec le cas Renner, nous pouvons constater nettement qu'ici les traits primitifs des dispositions caractérielles font irruption dans le tableau de la personnalité sensitive. Ces traits sont : un égoïsme mesquin et une vanité naïve, une joie que lui procurent des intrigues anodines, ce qui ne correspond pas tout à fait au niveau moral moyen d'une personnalité sensitive d'un certain niveau intellectuel. Ce trait primitif secondaire peut se suivre comme un fil dans le comportement de notre malade durant toute l'observation clinique : il se fait surtout jour par l'apparition fréquente d'accès hystériques.

L'évolution du délire de relation sensitif a ici la forme d'une paranoïa simple, puisqu'une psychose d'épuisement y fait défaut. En outre, on voit également au cours du développement de la maladie des fluctuations réactionnelles prononcées : aggravation causée par la maladresse psychologique des sœurs de la malade, une prompte amélioration chaque fois que la malade est prise en charge par la clinique. Il est remarquable aussi que dans ce cas, à côté d'une polarisation autour de l'idée prévalente, la formation délirante manque de solidité, se laisse influencer par des paroles raisonnables et, avec les années, a tendance sinon à être corrigée, du moins à devenir insignifiante.

Par contre, il faut s'arrêter ici avec plus de détails sur cer-

taines relations avec le cycle maniaco-dépressif. Nous avons déjà attiré l'attention, dans la partie théorique, sur des corrélations essentielles, entre certains types de dispositions asthéniques et de prédispositions dépressives constitutionnelles. Nous avons vu chez Hélène Renner, comme ici chez Anne Feldweg, la façon tout à fait analogue de réagir à la mort des personnes proches et aimées : par une dépression qui frôlait la psychose. Les fluctuations cycliques de l'humeur, en corrélation avec la menstruation ou les changements des saisons, étaient également dans le cas de H. Renner accusées plus que d'habitude. Tout ceci ne dépasse pas encore les cadres psychopathiques. Les fluctuations de l'humeur à caractère sanguin, que présentait Anna Feldweg depuis sa jeunesse, sont de nature plutôt réactionnelle. Mais nous ne devons pas non plus perdre de vue que la mère de cette malade était manifestement atteinte d'une vraie dépression constitutionnelle comme on le trouve dans une psychose maniaco-dépressive. Suivant les modes d'évolution connus, cet état s'était progressivement et périodiquement aggravé dans la seconde moitié de sa vie. Nous savons, en outre, que la famille maternelle était imprégnée de psychoses dépressives. On ne peut dès lors s'étonner que les oscillations d'humeur de notre malade ne soient pas uniquement liées à la labilité réactionnelle et aux dystonies menstruelles, mais, qu'occasionnellement, elles possèdent une valeur autonome, bien que minime.

On avait observé chez A. F..., au printemps 1914, cette vague indépendante de cyclothymie qui n'avait aucune relation intérieure avec la psychose principale : un état d'accablement anxieux auquel s'ajoutaient des idées de suicide. Vint ensuite une courte phase d'élation, qui, avec la plus grande vivacité des processus idéationnels et des pulsions volitionnelles et avec la recrudescence de l'énergie physique, porte bien l'empreinte typique d'hypomanie. Mais ces phénomènes cyclothymes touchent très peu le noyau du délire de relation sensitif. On peut l'affirmer car ils apparaissent rarement et incidemment, et, avant tout, parce que, au cours de ces phases anormales de la vie psychique, bien que le délire de relation porte une marque spéciale, aucune de ses particularités n'est corrigée ; son contenu réactionnel n'est ni amplifié, ni amoindri. Et, une fois cette période passée, le délire reste, par la suite, le même qu'il a été avant cet accès. De même, dès ses débuts et au cours de son évolution, il s'était édifié et continuait à évoluer sur des bases psychologiquement compréhensibles, sans que l'on puisse découvrir l'influence des anomalies psychiques endogènes. Si on compare le rôle minime joué par les troubles cyclothymes dans l'évolution de la maladie,

avec l'influence durable exercée par des facteurs psychologiques, par exemple, lors du séjour de la malade à la clinique, on devra bien reconnaître que le centre de gravité dans l'étiologie de ce cas se trouve bien dans la sphère caractérologique et réactionnelle.

Néanmoins, il est nécessaire de tenir compte de ces déviations circulaires. Non parce qu'elles jouent, elles-mêmes, un rôle dans l'édification du délire de relation sensitif. Celui-ci se développe, dans la majorité d'autres cas, sans qu'on trouve dans l'hérédité du sujet ou dans l'évolution de la maladie des phénomènes maniaco-dépressifs. Ces déviations sont importantes, car elles sont les signes d'une parenté intérieure de certaines dispositions asthéniques-dépressives du caractère de la constitution maniaco-dépressive, dans ce sens que les mêmes dispositions : tristesse, douceur, sensibilité persistante, prédisposent à des troubles mentaux psychologiques et réactionnels. Ces dispositions auraient pu aussi bien produire de vraies oscillations circulaires, se conformant ainsi aux lois biologiques qui régissent la labilité interne de la vie psychique. La fréquence de natures douces, subtiles parmi les cyclothymes et parmi les individus de constitutions dépressives, comme d'autre part, la présence occasionnelle de l'hérédité circulaire, de la dépression réactionnelle et des fluctuations cycliques d'humeur chez nos névrosés sensitifs, militent en faveur de cette hypothèse.

Dans le cas d'Hélène Renner, nous sommes venus à la conclusion qu'il existait chez elle deux facteurs pathogènes principaux : caractère et expérience vécue. Ici, dans le cas Feldweg, les influences du milieu s'avèrent encore plus concrètes. Le portrait d'Anna Feldweg n'est complet que lorsqu'on pense à ses deux sœurs aînées, à l'atmosphère familiale d'une douceur exquise, à ses remarquables travaux au crochet, à son école du dimanche et à l'orthodoxie du P^r K... Bref, cette malade est indissolublement liée à l'arrière-fond d'une petite ville et à l'ambiance que l'on trouve dans des demeures de vieilles filles. L'appoint d'une dose légère d'égoïsme, de bigoterie, des idées toutes faites et d'étroitesse d'esprit dans le caractère de notre malade a été visiblement stimulé par ce fond. Mais il est également évident que, précisément, tel milieu aggrave les prédispositions correspondantes des caractères qui sont enclins aux déviations sensitives. Et que, dans la mesure où ce genre de vie, dans un cercle des plus restreints, favorise une introspection méticuleuse, il empêche le développement d'une morale à vues larges et ne laisse aux natures ambitieuses des sensitives d'autres possibilités que la pratique exaltante de la religion et de la vertu. Ainsi, il s'était développé chez notre malade, d'une part, un

orgueil secret qui prenait sa source dans sa piété extrêmement raffinée, d'autre part, une propension à un examen continu et anxieux de sa conscience. Ceci amena un tel degré d'hypertension mystique qu'un motif, même de peu d'importance, pouvait déclencher le sentiment d'insuffisance humiliante.

Et dès que cette expérience se réalisa, l'ambiance d'une petite ville, spécialement l'étroitesse de l'esprit religieux de ses sœurs, firent tout pour enfoncer notre malade dans ses auto-accusations délirantes de culpabilité. Le rôle que joue l'ambiance dans le délire de relation s'inscrit ici avec une précision expérimentale : l'intensité du délire oscille selon que la malade vit à la clinique ou chez ses sœurs. Il faut encore ajouter que les conditions de vie dans une petite ville provoquent à la moindre incompatibilité morale, la crainte de propos malveillants et favorisent ainsi des sentiments de relation.

Le tableau typique du délire de relation sensitif de vieilles filles sera plus net si nous ajoutons aux deux cas observés par nous et analysés ici en détail, le cas de la maîtresse d'un pensionnat de jeunes filles de Wernicke et le cas de la paranoïa légère du professeur de musique, rapporté par Friedmann. Le premier met en évidence « l'idée prévalente » de Wernicke, dont il était question dans l'introduction du présent ouvrage, le second a été décrit par Friedmann de la façon suivante.

Émilie R..., 40 ans, professeur de musique, était jusqu'à présent en bonne santé, tant physique que psychique. Des tares mentales existaient dans la famille. Un oncle est mort paralysé, deux enfants de ses frères et sœurs avaient des maladies mentales ; un d'eux s'était suicidé ; dans l'ascendance plus lointaine, il y a eu également des psychoses. La malade elle-même a toujours été exaltée et particulièrement renfermée ; en dehors de cela, elle était très modeste et dévouée dans son travail. Elle entretenait, depuis des années, ses parents avec l'argent de ses leçons de musique (ses parents avaient eu des revers de fortune). Elle devait pour cette raison se priver de tous les plaisirs de la vie. Elle a pourtant jusqu'à présent été contente et ne s'affligeait de rien. Durant les dernières années, elle a été surchargée outre mesure de travail et se sentait extrêmement surmenée. A cette époque, elle est allée faire une cure d'air dans la Forêt-Noire : elle se sentait bien dans un entourage très gai ; elle faisait beaucoup de musique avec les autres pensionnaires. Au cours de cet hiver et du printemps suivant, sa tante qui la voyait souvent s'aperçut du changement intervenu dans la manière d'être de sa nièce. Celle-ci, devenue irritable, pleurait souvent sans raison évidente et avouait qu'elle ne dormait pas

aussi bien qu'auparavant. Malgré tout, elle exerçait comme toujours, avec la même conscience, son métier épuisant ; elle avait maigri et avait l'air chagrin. Cette modification ne frappa son entourage qu'après plusieurs mois, et, ce n'est qu'après un an que, sur l'insistance énergique de sa tante, celle-ci put apprendre ce qui s'était passé, entre-temps, dans la vie psychique de la malade. Aucune de ses élèves ne soupçonnait qu'elle fût psychiquement malade. On s'en aperçut de la façon suivante : au cours de ses vacances d'été, elle avait été gaie et entourée ; elle faisait de la musique, comme nous le disions plus haut, parfois même tard dans la nuit. Un soir, elle demanda à un pensionnaire, un monsieur d'un certain âge, de l'accompagner lorsqu'elle dut se retirer dans sa chambre, qui était située dans une annexe de l'établissement, un peu à l'écart du bâtiment principal. Lorsque, arrivé devant sa maison, ce monsieur voulut prendre congé d'elle, elle saisit sa main pour qu'il l'accompagnât encore plus loin, dans le vestibule obscur. Ce comportement en soi était peut-être un peu déplacé, mais comme l'aspect physique de la malade était très ingrat, on ne l'aurait jamais soupçonnée de quelque coquetterie. Aussi personne ne parla, pas même ce monsieur, semble-t-il, de ce petit incident. Mais elle-même avait honte de sa peur puérile et elle craignait que l'on n'interprêtât sa conduite comme étant trop « légère » ou coquette. Les jours suivants, elle en parla à un couple âgé qui était très bien disposé envers elle. Ils la tranquilliserent, bien qu'ils aient considéré son geste comme un peu irréfléchi : aussitôt après, la malade rentra chez elle sans que quelque chose de particulier fût arrivé.

Bientôt, elle commença à avoir des scrupules toujours plus intenses qui s'aggravaient progressivement. Elle s'« était rendu compte » rétrospectivement que dans la pension de famille, au cours des journées qui suivirent l'incident, tout le monde s'écartait d'elle de plus en plus. Mais il y eut un tournant décisif dans son état lorsque, en automne, ce monsieur, propriétaire de vignobles et agriculteur, lui envoya un petit panier de raisins. Maintenant, la malade était persuadée qu'il la tenait pour un être immoral. Elle lui renvoya le cadeau. Le hasard voulut qu'ils se rencontrent peu de temps après. Cet homme faisait de fréquents voyages d'affaires sur le bateau faisant la navette entre Mannheim et Ludwigshafen que prenait également notre malade. Un jour, il s'y trouvait avec plusieurs compagnons. L'un d'eux la fixa, soi-disant, longuement du regard et dit en même temps à un autre : « Alors, je ne livrerai pas le levain. » Bien que cela fût insensé, elle se persuada tout à fait qu'il faisait allusion à elle ou que c'était une plaisanterie qui la visait. Des perceptions de ce

genre devenaient progressivement plus fréquentes, toutefois elles n'étaient jamais nombreuses ; la plupart du temps, elle ne ressentait rien de spécial. Par la suite, elle crut remarquer que, sur ce même bateau qu'elle prenait souvent pour aller chez ses élèves à Ludwigshafen, elle rencontrait plus souvent qu'auparavant certains messieurs de sa connaissance. Elle était certaine qu'ils l'espionnaient. Peu de temps après elle s'aperçut que, dans la ville même, certains jeunes gens qu'elle connaissait de nom la regardaient d'un air insolent puis, qu'arrivés devant elle, ils traversaient la rue pour prendre un autre chemin. De temps à autre, ce qui l'irritait le plus, c'étaient des railleries des passants qui se rapportaient directement à elle, par exemple : « personne perverse », « une bigote » ou « Eh bien, j'y viens ! » (une allusion claire à un rendez-vous). Une fois même, un monsieur de sa connaissance a dit : « Eh bien, je vais à F... ! » (lieu où habitait son persécuteur). Les personnes qu'elle connaissait bien évitaient de la saluer, il arrivait dans le tramway qu'on la désignât du doigt. A côté de tout cela, il faut signaler qu'elle était très myope et marchait dans la rue les yeux baissés. En réalité, elle ne pouvait donc voir les choses telles qu'elle se les imaginait.

En un mot, il lui arrivait, lorsqu'elle circulait dans les rues, pour aller à ses occupations, de trembler et de ressentir de l'angoisse ; elle était heureuse lorsque rien n'arrivait ; mais elle était hors d'elle lorsque certains jours elle percevait de nouveau ces phénomènes. D'ailleurs, toutes ses pensées délirantes se limitaient aux observations faites dans la rue. Ni dans la maison, ni au cours de ses leçons, ni dans les journaux, elle n'entendait ou ne lisait rien de suspect. Extérieurement, sa vie s'écoulait comme auparavant. Mais elle dormait beaucoup moins bien et son caractère fier et exalté la mettait souvent dans un état de désespoir.

Intérieurement, elle se rendait compte de la situation ; ce monsieur, grossier paysan comme il était, s'était vanté de ses succès auprès d'elle ; comme il connaissait beaucoup de monde ici, beaucoup de gens étaient au courant et elle était devenue la fable de la ville. Chaque perception du genre décrit plus haut devenait pour elle une preuve indiscutable. Finalement, un an et demi environ après le premier événement dans la Forêt-Noire, elle se laissa entraîner, malgré toutes ses décisions, à faire une nouvelle bêtise ; elle incita les gens chez lesquels elle habitait à écrire une lettre à ce monsieur, en lui demandant de dire en toute franchise s'il était la cause de tous ces bavardages ; en disant qu'il pourrait tout de même rétablir la vérité, etc. En réponse à cette lettre, il vint la voir personnellement, fut extrê-

mement aimable et la tranquillisa à propos de tout. Mais l'effet produit sur la malade fut totalement contraire de celui qu'on pouvait attendre. Elle se disait : « il avait tout le temps un sourire embarrassé » ; et c'est justement à cause de ce sourire qu'elle avait conclu avec certitude que c'était lui l'instigateur de tout ce bavardage, que c'était lui qui s'attaquait à sa bonne renommée.

C'est à ce moment que, malgré ses vives protestations, nous l'avons examinée personnellement : elle n'était pas malade, disait-elle, mais elle nous a fait le récit de son infortune de façon volubile et dans un état d'agitation extrême. Elle s'était montrée tout à fait inaccessible aux arguments logiques de tout genre et insensible à toute objection ; elle pleurait sans cesse. Hier encore, disait-elle, elle avait eu une preuve nouvelle des bruits qui couraient : en passant dans la rue, deux écolières avaient de nouveau fait une allusion. C'était triste que sa tante ne voulût pas le croire. La malade ne voulait accepter notre aide que dans la mesure où nous nous serions décidé à menacer « cet individu » d'une intervention judiciaire. Toutefois, elle a accepté les somnifères et les sédatifs et a promis de ne pas se laisser surmener par son travail. Par contre, elle a catégoriquement refusé de nous revoir en nous disant qu'elle se portait bien de nouveau.

Après un an environ, puis de nouveau après deux ans et demi, qui suivirent la période d'agitation, tout ce système délirant a passé à l'arrière-plan. Toutefois, la malade n'a jamais voulu admettre s'être trompée en quoi que ce soit. Mais elle n'a plus dit que sa mauvaise humeur, si prononcée auparavant, s'était estompée. En même temps, son état physique s'était de beaucoup amélioré.

Cette guérison relative s'était maintenue à peu près 15 mois.

Les lois qui régissent la base caractérielle du délire de relation sensitif et que nous avons mentionnées plus haut trouvent leur confirmation dans ce tableau clinique rapporté par Friedmann. Bien que cet auteur ait été loin de vouloir présenter un tableau caractériel déterminé, les traits essentiels de la personnalité sensitive ressortent tout naturellement de sa description. D'une part, on voit le noyau caractériel d'asthénie et de scrupulosité : la malade est « très modeste », d'un « dévouement touchant au travail », « consciencieuse », elle marche dans la rue les yeux baissés ; elle est craintive comme un enfant, elle se sacrifie pour ses parents. D'autre part, la composante sthénique est bien marquée : elle est « particulièrement renfermée », a un caractère « fier et exalté ».

Il faut de nouveau souligner dans ce cas l'existence de tares héréditaires. Du point de vue étiologique, la malade de Fried-

mann présente une variante spéciale. Tandis que dans les deux cas principaux, ainsi que chez le professeur de musique de Wernicke, la rétention de l'expérience vécue représente la base principale de la maladie, à laquelle s'ajoute chez H. Renner un important facteur secondaire, celui d'épuisement, on voit ici se produire l'inverse. Ce qui prime, c'est « l'extrême surmenage professionnel », tandis que l'expérience intérieure est relativement insignifiante en comparaison avec les luttes intérieures pénibles des autres malades étudiées dans ce livre. Toutefois, ici comme chez les autres, la psychose est déclenchée par les expériences vécues qui sont tout à fait identiques. Cependant, dans le dernier cas, cette expérience était pour ainsi dire transposée, en s'ameuisant, du domaine moral dans le domaine social ; elle n'est plus considérée comme un péché, mais comme un faux pas désagréable. Toujours est-il qu'elle reste une expérience typique d'insuffisance humiliante. En outre, on pourra, dans l'attitude manifestement amicale de la malade à l'égard du propriétaire du vignoble, facilement reconnaître que derrière l'élaboration passionnelle de son geste équivoque, se cache également un penchant véritable qui est réprimé, comme chez les malades précédentes. Néanmoins, même si on fait abstraction de cette dernière éventualité, on constatera que l'existence antérieure de l'épuisement nerveux a été une raison suffisante pour qu'un délire de relation se déclenche à la suite d'une expérience de moindre valeur.

De même, on pourrait rendre responsable ce surmenage professionnel prolongé du fait que la psychose ait entraîné en longueur. Nous reviendrons, en parlant des cas présentés par Gierlich, sur les rapports entre une neurasthénie simple due à un surmenage et le délire de relation. Nous insisterons spécialement sur le fait que ce dernier peut être provoqué, dans une certaine mesure, par le surmenage, indépendamment de toute autre cause.

Si on jette un coup d'œil sur les quatre cas décrits, on risque de les confondre, les analogies entre leurs traits essentiels étant très frappantes. On a donc bien le droit d'isoler le délire de relation érotomane de vieilles filles et de constituer avec ces cas un sous-groupe indépendant dans le cadre des formations délirantes sensitives. Dans l'étude des cas particuliers, on a tenu grandement compte du rôle qui incombe, dans l'étiologie de la maladie, à certaines prédispositions d'ordre biologique, à côté des facteurs psychologiques principaux. On a souligné surtout la fatigabilité constitutionnelle et ses relations avec les prédispositions manico-dépressives.

Nous devrions encore discuter ici l'importance étiologique de l'âge critique. Il est frappant de voir que dans trois cas sur quatre la psychose s'installe aux environs de la quarantaine.

Il est donc hors de doute que, lors de la cinquième décennie de la vie, chez des femmes ayant des dispositions caractérielles déterminées, il apparaît habituellement une certaine tendance purement biologique, favorisant l'éclosion des affections paranoïaques. Kleist, en particulier, avait décrit ces états sous le nom de « paranoïa involutive ». Il faudra tenir compte de ce fait dans l'étude de nos tableaux cliniques également qui, d'ailleurs, sont très différents de la paranoïa involutive. Dans nos cas, il s'agit d'un élément secondaire favorisant, de façon tout à fait générale, l'éclosion du délire de relation. En soi-même, le fait ne pourrait paraître étonnant si, dans un cas donné, un délire de relation sensitif ayant été, en premier lieu, déclenché par des causes psychologiques évoluait ensuite comme une paranoïa involutive. Friedmann rapporte un exemple (cas n° 6 de la paranoïa légère qui ne fait pas partie de notre groupe), où on voit comment des modifications psychiques dues à l'âge critique et l'élaboration psychogène de l'expérience peuvent coopérer à la formation du délire de préjudice. C'est le cas d'une femme qui, après castration opératoire, devint déprimée, irritable et larmoyante, se croyant mal traitée par son mari et induite en erreur par son médecin. Pour mieux comprendre les cas de ce genre, il faut considérer qu'ici l'arrière-fond psychique modifié par des causes biologiques forme un terrain spécialement sensible aux répercussions des expériences intérieures. Néanmoins, il faudra décider dans chaque cas particulier si c'est le moment biologique ou psychologique qui joue le rôle prépondérant. Le cas n° 5 de Friedmann concerne une femme de 40 ans, constitutionnellement anormale, atteinte d'un délire ayant pour contenu l'infidélité de son mari. Ce délire s'était édifié avec motivation psychologique quelque peu extérieure, notamment, à la suite d'une erreur dans l'envoi de lettres. Ce cas se situe peut-être dans le domaine limitrophe de la paranoïa involutive psychogène.

Par contre, en ce qui concerne notre délire de relation érotomane, nous n'attribuons pas à l'approche de la ménopause le rôle d'une cause essentielle, parce que la représentante la plus marquante de ce groupe, Hélène Renner, est tombée malade à l'âge de 29 ans, bien avant la ménopause. Chez les autres malades également l'âge critique pouvait, en jouant un rôle secondaire dans l'éclosion de la maladie, influencer celle-ci indirectement, par l'intermédiaire du domaine psychologique. Et ceci dans la mesure où, comme on sait, l'approche de l'involution

provoque chez les femmes un renouveau d'épanouissement érotique qui facilite, de son côté, l'apparition de conflits à base purement psychologique.

De toute façon, toutes ces considérations montrent que le point central de l'étiologie de notre groupe de malades se trouve dans la sphère psychologique. Intérieurement, ces malades avaient entre elles beaucoup d'analogies ; cette ressemblance est due à la communauté des bases caractérielles, de l'expérience vécue et du milieu. Ce sont les influences du milieu, en particulier, qui donnent ce coloris déterminé et spécial à notre groupe, qui le distinguent d'autres sous-groupes du délire sensitif. Il est certain qu'encore actuellement la situation sociale de la femme célibataire dans la société bourgeoise contribue à ce que sa personnalité évolue de façon spéciale. D'un côté, la société implique aux femmes célibataires d'un certain âge une tension continuelle de leur conscience morale, tension contraire à la nature, une répression la plus sévère de tout érotisme féminin, une accentuation de l'orgueil du fait de leur vie vertueuse. D'autre part, la société leur inculque d'abord cet orgueil et elle le leur reproche ensuite, le taxant de pruderie. Mais cette hypertension de la notion d'honneur contraste avec la situation extérieure humiliante dans laquelle la femme célibataire se voit en général acculée. Une femme célibataire ne jouit pas, comme l'homme célibataire ou comme une femme mariée, de la plénitude de ses droits. Elle n'est pas considérée comme égale à l'homme dans la vie professionnelle et ne jouit pas de la même estime que la femme mariée. Elle est considérée continuellement comme une sorte de mineure, sa vie privée est sous le contrôle de tous ; son travail est mal payé et la carence de l'appui social l'expose à l'arbitraire et à mille vexations. L'expérience montre que cette constante attitude de défense sociale favorise l'hypermobilisation de la conscience de soi, la culture d'un certain orgueil aigri, comme on l'observe généralement dans le tableau caractériel des gouvernantes.

On peut donc résumer les conséquences de ces attitudes à l'égard des vieilles filles en une brève formule : hypertension de la conscience de soi chez des êtres placés dans une situation humiliante. Cette formule est applicable aussi bien à des vieilles filles de l'ancien temps vivant dans une petite ville que pour celles qui, actuellement, exercent une activité professionnelle. Ziehen, lorsqu'il parlait occasionnellement du « délire des gouvernantes », a eu en vue quelque chose d'analogue. Mais Ziehen vise par cette expression seulement l'action qu'exerce la profession et non l'atmosphère psychique créée autour de la vieille

filles, en général. L'importance clinique de l'influence de l'entourage a été démontrée dans le cas Feldweg. La différence réside seulement dans ceci que cet effet d'hypertension et d'humiliation chez la vieille fille d'autrefois concernait la religion et la vertu alors qu'aujourd'hui, chez la femme célibataire exerçant une profession, elle touche plutôt le domaine professionnel et social.

Mais ce qui saute surtout aux yeux, c'est précisément le fait qu'un milieu ainsi constitué exerce ses effets particulièrement cumulatifs sur les dispositions sensitives du caractère. Car la tension malsaine qui, en dehors de tout, existe entre les deux composantes du caractère sensitif, doit s'accroître du fait de l'insuffisance naturelle et de l'insécurité anxieuse dues à la situation extérieure humiliante. D'autre part, la composante sthénique du caractère doit devenir plus excitable car la notion d'honneur, transposée dans le domaine social, devient plus pointilleuse. En outre, l'idéal d'extrême vertu, inculqué à la vieille fille par la société, la scrupulosité éthique, propre aux caractères sensitifs, et la crainte de l'opinion publique provoqués par sa situation d'être mineur, alimentent sa tendance aux représentations de relation. En bref, tout concourt, dans l'ambiance créée autour de la vieille fille, à éveiller les germes psychiques morbides qui sommeillent dans un caractère sensitif. Nous avons pu constater que l'expérience intérieure, en rapport avec un amour réprimé, produit le même effet que l'hypertension de l'orgueil liée à la vie vertueuse, c'est-à-dire le sentiment d'insuffisance. Et la même tension entre le sentiment d'insuffisance et la conscience éthique forme les cadres du caractère sensitif lui-même.

Le caractère, le milieu et l'expérience vécue, voilà la triade qui, en se renforçant mutuellement, déclenche ici le délire de relation sensitif. Ce sont les causes directes et principales de l'effet psychologique, derrière lesquelles se dessinent dans un plan lointain mais de grande importance les lois biologiques : tares héréditaires, insuffisance physique et nerveuse, prédispositions schizoïdes ou circulaires, troubles hormonaux du psychisme. De même, derrière chaque processus psychique de la vie intérieure évoluant, en apparence, librement, se dressent, comme les forces du Destin, les lois biologiques de l'organisation nerveuse individuelle.

CHAPITRE IV

LE DÉLIRE DES MASTURBATEURS

La tendance aux idées de relation de certains névrosés sexuels est bien connue des praticiens. Ainsi, Friedmann fait observer (dans *Über den Wahn*) entre autres :

La plupart des névrosés sexuels, et parmi eux spécialement les masturbateurs, ne peuvent se débarrasser de l'idée, bien qu'on les assure du contraire, que leur infortune se lit dans leurs yeux, se reflète sur leur visage et qu'on le leur fait sentir.

Enchaînant à ces faits nous démontrerons par notre matériel clinique que si on peut trouver chez les névrosés sexuels des sentiments de relation peu accentués, partant accessoires, on peut également voir se développer sur la même base des névroses de relation indépendantes et même de psychoses paranoïaques graves. Toutes les transitions sont possibles, depuis la forme la plus bénigne jusqu'à la forme la plus grave. On reconnaîtra facilement la base commune qu'est leur caractère sensitif, grâce à l'analyse que nous avons faite de celui-ci dans le chapitre précédent.

Le cas du conducteur de locomotive Bruhn peut servir d'exemple d'un délire de masturbateur. Un jeune homme d'un tempérament sexuel vif, mais d'un naturel trop timide est trop gauche à l'égard des jeunes filles. Il se livre précocement à une masturbation effrénée qu'il combat vainement et au sujet de laquelle il éprouve de violents remords. Les années se passent et cette lutte secrète commence à dominer toute sa vie psychique. Cet état s'aggrave surtout après la lecture d'une brochure d'initiation sexuelle. L'attitude du jeune homme à l'égard de l'entourage se fausse de plus en plus, sous l'influence exclusive de sa préoccupation unique.

Un délire de relation intense ainsi que l'idée délirante d'être observé se développe sur le fond d'une dépression psychique grave et persistante et sur celui de nombreuses appréhensions

hypocondriaques. Le point culminant de la psychose est marqué par une tentative de suicide. Peu de temps après, elle prend une tournure favorable, après un entretien amical et prolongé avec le médecin et après un changement d'ambiance. Les modifications d'ordre psychique s'étaient développées progressivement pendant 10 ans, à partir de la puberté, le véritable épanouissement de la psychose paraît avoir duré moins d'une année.

Le caractère de Bruhn forme une réplique masculine exacte aux types sensitifs des sujets féminins du dernier chapitre. On y voit de nouveau une timidité inhabituelle, une vie psychique intense et subtile ; une extrême réserve dans le domaine des sentiments avec une rétention prolongée de ceux-ci. Cet homme a des principes éthiques si fermes et si pédantesques, il est d'une si grande scrupulosité, comme ne peut l'être qu'un névrosé sensitif. Ce portrait est complété par un grand zèle au travail et une ambition tendue, ombrageuse. Ses intérêts et ses desirs de s'instruire sont, exactement comme chez Hélène Renner, au-dessus de la moyenne de sa condition sociale. Des traits particuliers comme, par exemple, la réaction de dépression à la mort de sa mère, se répètent ici de façon identique.

L'expérience intérieure, qui achemine ce caractère vers la maladie, est une réplique de la passion amoureuse, secrète, vainement combattue, des femmes de type sensitif : c'est un sentiment toujours ravivé de son insuffisance humiliante conditionné par la vaine lutte d'une éthique scrupuleuse contre les pulsions naturelles invincibles.

Il est intéressant de voir qu'ici, comme dans les cas précédents, la catastrophe est provoquée non par les conflits qui découlent d'une éthique purement personnelle, mais par les principes moraux fermement établis par la société et acceptés en tant que suggestions extérieures toutes faites. Chaque fois, on voit l'éclosion complète du trouble psychique chez les masturbateurs se produire à la suite de la lecture d'une brochure de vulgarisation d'initiation sexuelle. Tous les spécialistes des maladies nerveuses ont déjà reconnu depuis longtemps l'influence néfaste que peuvent exercer les idées courantes en exagérant l'importance de la masturbation tant du point de vue de la santé que du point de vue moral. Des individus forts surmontent en luttant les heurts d'une opinion générale erronée, créée dans l'évolution de leurs sentiments éthiques personnels ; des natures ordinaires s'en rendent à peine compte. Mais, le caractère sensitif ressemble au rouage le plus délicat d'une montre, le moindre corps étranger suffit pour le dérégler. Ici, comme dans le conflit amoureux de vieilles filles, le glissement

produit dans la vie psychique des sensitifs nous avertit où se trouvent les aspérités et les écueils de notre éthique courante. Au premier contact avec eux, le sensitif se sent blessé, tandis que l'homme moyen glisse mille fois à côté d'eux sans dommage pour lui.

Wilhelm Bruhn est né en Westphalie le 6 juillet 1883. Conducteur de locomotive d'un chemin de fer secondaire en pays souabe. Il a été amené par son frère à la clinique de Tübingen, le 29 février 1912, parce que, comme le raconta aussitôt son frère, il s'était blessé au poignet dans la nuit du 22 au 23 février. Depuis un an, disait Justus, son frère avait manifesté le désir d'abandonner son emploi et de quitter la petite ville de N..., car il ne pouvait plus supporter cette ambiance : on lui reprochait, à chaque pécadille, de ne pas travailler, d'être paresseux. La famille ne s'en était pas alarmée car la ville était très potinière et toute la famille en souffrait. Toutefois, on a persuadé B... de ne pas quitter la ville. Il se plaignait de plus en plus de ce que l'on parlait mal de lui ; il avait des discussions à plusieurs reprises avec diverses personnes qui assuraient ne pas comprendre ce qu'on leur voulait. En novembre 1911, il s'était installé dans un logement à lui, car jusqu'à présent il vivait avec son frère et sa belle-sœur. Il eut des différends avec sa belle-sœur et le malade affirmait que l'on ne pouvait vivre avec des gens orgueilleux de cette sorte. Ainsi, les derniers mois, les siens ne pouvaient pas bien l'observer, car il ne fréquentait pas sa famille ; lorsqu'on allait le chercher chez lui on le trouvait toujours en train de lire. Il s'intéressait à beaucoup de choses ; par exemple aux sciences naturelles, lisait les livres de Bölsche, les œuvres de Schiller, comme aussi beaucoup d'ouvrages techniques. Par ailleurs, il n'y avait rien de frappant dans sa manière d'être : après la tentative de suicide, il s'était également comporté tout à fait raisonnablement et on évitait d'aborder avec lui ce sujet. Le frère décrivait le malade comme ayant été élève moyen à l'école, mais très doué pour les matières techniques, calme, réservé avec les étrangers, sans bizarreries. Par contre, il était très à l'aise à la maison et dans la famille ; il aimait les livres, restait travailleur, économe et d'humeur égale. Toute la famille vivait un peu retirée, car elle était protestante, immigrée de Prusse, et ne s'adaptait pas entièrement au milieu catholique souabe. On ne sait pas s'il y avait des maladies mentales dans la famille.

Après son admission à la clinique, le malade raconta avec plus de précision encore qu'il avait été dans le temps un enfant craintif, qu'il avait des terreurs nocturnes et qu'il était énuré-

lique. Il n'apprenait pas facilement en classe. Il réussissait mieux le calcul à la maison qu'à l'école, car il ne comprenait pas vite les explications. Lorsque le maître l'interrogeait, il ne pouvait donner que des réponses hésitantes, car il n'avait pas confiance en lui et sentait que sa mémoire était peu sûre. Il jouait volontiers avec ses frères et sœurs et avec ses camarades. Plus tard, mis en apprentissage de serrurerie, il travaillait bien, aimait son métier, avait également des amis, mais se liait seulement avec des jeunes gens sérieux, non avec des mauvais sujets. Les dimanches, au lieu d'aller au café, il préférait faire des excursions. Il était timide et se sentait embarrassé en société. Cette timidité le gênait surtout dans les relations avec ses supérieurs : il ne pouvait jamais leur parler avec autant d'assurance et de liberté que les autres. En outre, il était très *ambitieux* : « Je me suis toujours efforcé d'apprendre plus que les autres. »

Son apprentissage terminé, il a été employé comme chauffeur de locomotive pendant trois ans. A été très lié avec son chef, le conducteur de la locomotive. Après ces trois ans, il a fait son service militaire. Il désirait beaucoup arriver au grade de caporal, mais n'y réussit pas malgré de grands efforts ; une fois, il a eu trois jours d'arrêt pour mauvais traitement à un jeune soldat. Plus tard, lorsqu'il a été engagé comme conducteur de locomotive à N..., ses relations professionnelles n'étaient pas troublées pendant de longues années ; il était modeste et économe ; il a été souvent l'objet de taquineries de ses collègues à cause de sa grande pédanterie et de son calme ; jamais il ne s'en offusquait. Il habitait dans sa famille jusqu'à la mort de sa mère, en 1909. Cette mort a eu une grande influence sur son état psychique, car il était très attaché à sa mère et ressentit péniblement sa perte. Il avait beaucoup pleuré à cette époque et, depuis, était plus renfermé et plus souvent triste qu'auparavant. La maison familiale fut vendue et le père et le fils s'installèrent chez le frère marié du malade.

Ce n'est qu'après une longue conversation que le malade avoua au médecin avec réticence et dans un énervement de plus en plus pénible ce qui était la véritable cause de sa souffrance psychique. Il se masturbait depuis l'âge de 16 ans et, à vrai dire, au début sans aucune autre pensée que la crainte de la punition. C'est seulement vers la 19^e année qu'il a commencé à ressentir la masturbation comme un grand vice. Il sentait intérieurement qu'elle était « contraire à toutes les lois ». Ses collègues se moquaient des gens qui se masturbaient et il vivait dans la crainte qu'ils ne découvrent son vice. Il souffrait profondément, car il considérait son habitude comme un crime contre les lois

naturelles et divines. Très croyant, il allait souvent à l'église et priait avec ferveur pour que Dieu le délivre de son vice. Il le combattait avec des moyens toujours nouveaux ; il s'imposait un travail mental pénible, pour se fatiguer ; au travail, il s'efforçait à penser à des choses pénibles.

Son état devint plus grave, lorsque à 23 ans on lui a donné à lire un livre de vulgarisation ; après cette lecture, il était convaincu qu'il risquait, à la suite de son vice, une maladie mentale, une perte de mémoire, une maladie de la moelle épinière, la ruine du système nerveux et de tout le corps. Il souffrait de divers maux hypocondriaques. Dans le courant des trois dernières années avant son admission à la clinique, le malade, comme il l'affirmait, a pu dominer sa tendance à la masturbation, toutefois il était sujet à des pollutions fréquentes, ce qui le déprimait grandement. Son état psychique s'aggrava, comme il a été dit, depuis la mort de sa mère et depuis la dissolution du foyer familial en 1909.

Il croyait toujours, et de plus en plus fortement, à sa propre infériorité ; il pensait que les autres lui étaient de beaucoup supérieurs ; que l'on pouvait s'apercevoir de son vice, de son trouble moral et psychique. Ceci de façon plus marquée les jours où il s'était masturbé. À l'égard de ses camarades, son attitude était jusqu'à présent normale, mais elle commençait à être de plus en plus tendue ; manifestement, son égarement était connu de tous ; partout où il apparaissait, des regards curieux le dévisageaient. Une fois, il a entendu dire en sa présence : « C'est le conducteur de la locomotive de la station N... » Sa méfiance était avant tout dirigée contre certains de ses plus proches camarades qui déjà parfois avaient montré quelque hostilité envers la famille Bruhn. Il a déjà été frappé auparavant de ce que les gens ne le saluaient pas lorsqu'ils passaient devant sa locomotive ; qu'ils avaient des sourires ironiques ; que c'était peut-être eux qui faisaient jaser les gens. Avant de se mettre en route, il examinait soigneusement sa machine pour s'assurer que personne ne lui avait joué un mauvais tour. Son chauffeur, avec lequel il travaillait toujours, paraissait le viser spécialement et toujours de plus en plus. Ainsi, au début de janvier 1912, alors qu'ils travaillaient tous deux dans un hangar, le chauffeur a prononcé à mi-voix, comme si de rien n'était le mot « frotteur ». Finalement, Bruhn perdit patience, empoigna le chauffeur par la salopette, le secoua si fort qu'ils tombèrent tous les deux et s'écria : « Je vais te faire voir qui je suis. » Devant le tribunal, le malade assurait avoir entendu ce mot plusieurs fois. Comme il n'y avait pas de témoins, l'affaire n'a pas eu de suites.

Depuis, il n'entendait plus de propos désobligeants ; par contre, le soir, dans sa chambre, il avait l'impression d'être épié. Une fois, quelqu'un a frappé à la fenêtre du rez-de-chaussée et lorsqu'il eut regardé pour voir qui c'était, il vit dans la rue un homme qui s'éloignait rapidement. Dès lors, il avait une ferme conviction que ses collègues l'épiaient à cause de sa masturbation. En février 1912, il s'était aperçu que quelque chose était changé au cadenas de sa malle, l'ardillon de la clef lui parut fraîchement rivé ; l'intérieur de la serrure montrait également des creux récents, comme si on l'avait frappé avec un marteau ; par contre, il ne remarqua pas de grand désordre à l'intérieur de la malle où il avait ses livres : il pensait que ses collègues fouillaient chez lui pour voir s'ils trouveraient des livres « interdits » sur la masturbation. Depuis ce temps, il fermait également à clef son panier à linge pour le cas où, en son absence, on voudrait chercher des taches de sperme sur son linge.

Il n'avait plus tous ces sentiments ces temps derniers, c'est-à-dire avant son admission, depuis qu'après la brouille avec sa famille, en juin 1911, il vivait seul. Il aimait la vie de famille et il aimait les enfants ; il se sentait tellement chez soi dans la maison de ses parents et, plus tard, dans celle de son frère marié que, à part pour son service militaire, il ne s'était jamais séparé de sa famille. La timidité extrême à l'égard des femmes l'empêchait aussi de se marier. Lorsqu'il voulait parler à une jeune fille, il rougissait, restait sans mot dire, embarrassé, sans trouver une idée. Une fois, il eut une amourette, mais au bout de trois semaines, la jeune fille rompit avec lui. Elle était indignée, car au troisième rendez-vous, il s'était montré trop audacieux. Bruhn a tellement pris à cœur cette rupture que lorsque, à la clinique, il racontait cet événement, il en était encore extrêmement troublé. En outre, il pensait qu'il fallait se débarrasser de la masturbation avant de se marier, sinon il transmettrait ce vice à ses enfants.

Il lui a été également pénible de raconter au médecin les événements qui, en été 1911, amenèrent son départ de chez son frère. Après diverses réponses évasives, il convint finalement qu'il avait fait à sa belle-sœur une proposition indécente. Il croyait que le comportement de celle-ci l'autorisait à le faire. Chaque fois que sa belle-sœur lui touchait par hasard la main, il s'imaginait que ce contact fortuit était une marque d'amour. Puis un jour, il prit le courage de lui faire une proposition précise. Embarrassée, elle refusa catégoriquement ; à la suite de quoi, honteux, il lui demanda pardon et lui fit promettre qu'elle ne dirait rien à son mari. Toutefois, il ne croyait pas qu'elle

tiendrait sa promesse. Il eut tout de suite des preuves que son frère savait tout. Une fois, il saisit cette phrase : « Celui-ci ne fait rien paraître. » Depuis, il s'éloigna des siens et profita d'une petite altercation pour les quitter.

Dès lors, *il se sentit abandonné de tous et repoussé par tous*. Sa méfiance vis-à-vis de ses camarades augmentait de plus en plus comme nous l'avons indiqué plus haut. Il raconte qu'une fois, à cette époque, il s'était enivré. Il se sentait seul et découragé ; il voulait lutter contre ses idées tristes. Le 22 février 1912, il prit la ferme décision d'en finir avec la vie, qui lui paraissait atroce et sans espoir. Il prit son livret de caisse d'épargne et ses livres, les confia à son frère et à son père. Ensuite, il demanda un revolver à son frère. On comprit ses intentions et on ne voulut pas le laisser rentrer chez lui. Toutefois, il persuada sa famille de le laisser partir. Il rentra chez lui et se mit tout de suite au lit, mais ne put s'endormir. Il se leva et arpenta sa chambre, réfléchit encore une fois mûrement pour se rendre compte de ce qui l'attendait dans l'avenir. Même s'il changeait de place il ne réussirait pas mieux : partout on s'apercevrait de sa masturbation, il ne rencontrerait partout que le mépris. Il se remit au lit et prit vite sa décision, se fit une entaille au poignet gauche. Lorsqu'il vit le sang couler, il s'évanouit et ne revint à lui qu'une demi-heure après. La plaie ne saignait plus. A ce moment, se voyant encore vivant, il se sentit envahi par la joie.

Il se rendit immédiatement compte qu'il était stupide de tenter de se suicider. Il s'habilla rapidement ; il était pressé, malgré l'heure tardive, d'aller trouver son frère. Le sentiment de tension, qui, jusqu'ici, lui pesait fortement, disparut. Chez son frère, on le pansa et à partir de ce moment, il décida de rester chez son frère. Sa famille l'avait reçu comme si rien ne s'était passé ; tout le monde était plutôt gai que triste et on parlait beaucoup de l'avenir du malade.

Lorsque le malade eut raconté (le 29 février 1912) toute son histoire au médecin de garde, il discuta raisonnablement le problème de sa future profession. Sa tentative de suicide l'empêchait de continuer son métier de conducteur de locomotive. Toutefois, il espérait pouvoir gagner sa vie dans un emploi de responsabilité moindre. Les premiers jours après son admission à la clinique, il était la plupart du temps déprimé et réservé vis-à-vis des autres malades, mais cet état n'a pas duré longtemps. Il lisait beaucoup et pleurait parfois. Son comportement était, à cette époque, tout à fait naturel. Il n'y avait rien à signaler dans son état physique. Déjà, à la première quinzaine du mois de mars, sa bonne humeur s'était stabilisée. Il ne parlait pas

beaucoup, mais était aimable avec son entourage. Durant tout son séjour il n'eut aucune idée morbide, n'eut plus l'intention de se suicider et ne montrait rien de psychotique dans toute sa manière d'être. Il insistait beaucoup pour qu'on le renvoyât chez lui, car il se sentait parfaitement bien. Il quitta la clinique le 20 mars 1912. L'histoire de ce malade ne nous renseigne pas bien sur le degré de correction de ses idées délirantes antérieures. Nous supposons que cette correction n'était pas totale, car le malade n'a quitté la clinique qu'à la demande de son père.

Calamnése 1926. Le service municipal nous informe que Bruhn a émigré en Afrique orientale où il mourut fin septembre 1912. On n'a pu avoir aucun autre détail.

Nous ajoutons tout de suite à l'histoire de ce psychopathe une histoire identique se déroulant dans une ambiance paysanne.

Bernhard Brenner, paysan et tourneur, né le 30 octobre 1883, a été amené par son père à la *clinique de Tübingen*, le 26 septembre 1913. Avant cette date, il nous a déjà été envoyé par un avocat. Il est allé se renseigner auprès de ce dernier s'il ne risquait pas d'encourir une peine, parce qu'on l'avait surpris il y a trois ans, en train de se masturber. On apprend dans ses antécédents qu'un oncle paternel avait été atteint d'une maladie mentale chronique avec idées de grandeur, ce qui, toutefois, ne l'a pas empêché de continuer son travail.

Le malade était très déprimé, se sentait mal à l'aise, souvent prêt à verser des larmes. Il fit son récit tranquillement et de bonne grâce, mais de façon malhabile : le récit de son expérience intérieure la plus importante s'est étendue sur plusieurs séances. Le cours extérieur des événements a été confirmé par le père. Le malade était depuis sa jeunesse doux et anxieux, prenait tout à cœur. Déjà, à l'école, il évitait toute discussion par manque de courage ; au moindre incident, il avait des larmes aux yeux. Toutefois, il travaillait assez bien en classe et, plus tard, était très expert dans son métier. Un sentiment de malaise et d'anxiété l'envahissait souvent lorsqu'il se trouvait au milieu d'une grande foule ou s'il regardait du haut d'un pont une large étendue d'eau. Il n'était pas méfiant de son naturel et n'avait pas tendance à rester longtemps d'humeur morose.

Mais en même temps, dans son adolescence, la timidité l'empêchait d'avoir un contact fréquent avec les gens. Il n'allait avec ses camarades au café que de temps en temps, le dimanche. Le courage lui manquait et c'est la raison pour laquelle il ne s'était pas encore marié et qu'en général il n'avait jamais fréquenté une jeune fille.

Il y a huit ans environ, il aurait bien voulu aimer une jeune fille. Et c'est alors qu'il a ressenti pour la première fois une méfiance sérieuse à l'égard des gens. Un jour, la jeune fille lui écrivit qu'elle rompait avec lui parce que ses parents s'opposaient à cette fréquentation. Il a eu à ce moment un gros chagrin. Et il ne doute pas encore, actuellement, que ce ne soient les gens du village qui l'aient dénigré devant la jeune fille et devant les parents de celle-ci. Il ne peut pourtant fournir de preuves ; dernièrement, il ne pensait plus à cette histoire.

Il y a environ trois ans, une brochure sur la masturbation lui étant tombée entre les mains (ainsi raconte Brenner), il y lut que c'était la pire des choses, entraînant la ruine du corps et de l'âme ; il s'est senti pour une seconde fois très inquiet. Depuis l'âge de 14 ans, il se masturbait assez frénétiquement et, depuis des années, n'a eu aucun rapport sexuel. De plus, dernièrement, il avait de fréquentes pollutions et, de temps en temps, une spermatorrhée de défécation. Donc, depuis la lecture de cette plaquette de vulgarisation, il a commencé à se faire les pires reproches. Il croyait alors avoir commis un péché grave et avoir miné sa santé. C'est à ce moment que l'idée lui est venue que quelqu'un a pu le voir lorsqu'il se masturbait, qu'il était la fable du village. Il appréhendait d'être mis en prison pour au moins six mois, ayant été la cause d'un scandale public. Cette supposition devenait petit à petit une certitude. Déjà, auparavant, il se sentait gêné dans la rue et, maintenant, il avait cette idée pénible que les gens qui étaient en train de converser ne parlaient d'autre chose que de lui et de son histoire. Il interprétait chaque mot à demi-entendu comme si on disait : « Cette fois-ci il sera pris », « d'une façon ou d'une autre », et ainsi de suite. Personne ne le lui avait dit directement, mais toujours derrière son dos. Avec le temps, ces événements passèrent au second plan ; il « n'y a plus pensé autant » et travaillait comme tout le monde. Il se faisait toujours des reproches au sujet de sa masturbation et s'inquiétait de son état physique, plus particulièrement de troubles persistants de la sphère génitale. Sa méfiance à l'égard des gens n'avait pas non plus diminué.

Au printemps 1913, il lui semble avoir insulté une voisine, un dimanche soir, en état d'ivresse ; il l'avait fait parce qu'elle a raconté qu'il se masturbait dans le temps. A partir de ce moment il retombe dans une forte inquiétude car il s'attend à ce que la voisine porte plainte et à ce qu'il aille ensuite en prison, à Rottenburg. Peu de temps après, il aperçoit également un attroupement dans la rue et des gens qui parlaient de lui. La moitié du village doit l'avoir entendu insulter sa voisine et tous pouvaient être

pris comme témoins à charge. Comme auparavant, on parlait encore de sa masturbation. Néanmoins, il faisait confiance à ses amis lorsque ceux-ci venaient lui assurer que personne ne parlait de lui et que tout cela se passait dans son imagination. Mais le lendemain matin, il revenait à ses idées et les croyait vraies. C'est pour cette raison qu'il s'était de plus en plus plongé dans « les études », réfléchissait tout le long de la journée de travail et était très excité le soir.

Le père du malade confirme également que, depuis le printemps 1913, son fils avait changé et qu'il lui faisait part à plusieurs reprises des idées que nous venons de mentionner. Il dormait peu, ruminait ses idées, soupirait et gémissait toute la journée, il « étudiait » ses pensées, « n'était pas à son travail » bien qu'il fût courageux et ordonné. Le soir, il mangeait glouglou et était excité. Voici les propos qu'il tenait :

Si on me met en prison, ce sera la faute de ceux qui m'auront accusé, je ne veux plus rester ici, je m'en irai en Amérique, etc.

Le plus souvent il était triste. On n'a jamais remarqué qu'il entendit des voix. Il ne parlait jamais à ses ennemis présumés, il n'a jamais aimé chercher querelle à qui que ce soit. En dehors de quelques rares exceptions, il buvait très peu.

Au cours de son séjour à la clinique (26-9 jusqu'au 17-12-1913), Brenner était calme et timide ; il répondait poliment aux questions et ne se plaignait jamais. Il ne parlait pas de ses appréhensions avec une certitude absolue, mais elles ne l'avaient nullement abandonné. Il disait ne pouvoir les chasser de sa tête, ne pouvoir croire qu'elles n'étaient pas vraies. Si on le contredisait, il répondait par un sourire aimable, mais sceptique. Son comportement et sa façon de parler étaient parfaitement naturels ; physiquement, il était dans un état florissant. Dès les premières semaines de son séjour à la clinique, il se sentit beaucoup mieux ; et, extérieurement, rien ne paraissait l'ennuyer. Mais, bientôt, il commença à prendre pour lui les rires de ses compagnons, les propos des infirmiers qu'il surprit en passant devant l'office. Il mettait en relation avec sa masturbation les conversations des médecins au sujet d'une expertise légale d'un cas analogue au sien et aux suites judiciaires qu'il risquait d'encourir. Il s'agissait toujours de fausses interprétations des propos réellement tenus. Il pensait « qu'on l'épiait », que la clinique voudrait le faire mettre en prison et que l'on prenait des renseignements sur sa feuille de maladie. Depuis, on le voyait souvent déprimé et renfermé ; lorsqu'il commençait à parler de ses idées, il était ému jusqu'aux larmes et se sentait malheureux. Il aurait souhaité

être mort en venant au monde, être noyé dans son premier bain, ou ne pas se réveiller un matin. Le 17 novembre 1913, dans la nuit, il se sauva de la clinique et rentra chez lui. Le père nous avisa qu'il était bien arrivé. Un mois après, le malade vint encore une fois, spontanément, à la clinique et demanda un certificat pour le protéger contre les gendarmes.

Catamnèse. En juillet 1917, le père nous dit : le malade va maintenant tout à fait bien. Il a pris conscience de la maladie qu'il a eue lors de son séjour à la clinique ; d'autres idées délirantes ne sont plus réapparues. Il a gardé un bon souvenir des médecins de la clinique et leur envoie un pot de miel. Il travaille bien avec son père, quelquefois même avec trop d'ardeur et il faut souvent le retenir ; son travail est aussi bien fait qu'avant sa maladie ; son raisonnement est toujours bon, son comportement sérieux. Il n'a jamais plus eu des moments de dépression, de dégoût de la vie, etc. Pendant un certain temps, il éprouvait encore de la méfiance à l'égard de certaines personnes, mais ceci a disparu par la suite. Par contre, il présente encore une certaine anxiété, lorsqu'il voit un gendarme ; on le voit également ruminer ses idées lorsqu'il est seul à l'atelier. Il est en général facilement anxieux, toutefois, il lui arrive parfois d'être très joyeux. Son caractère et sa manière d'être sont restés tels qu'ils étaient lorsqu'il était jeune ; c'est un homme brave, timide, craintif, toutefois facilement irascible, mais préférant toujours rester tranquille. Il vit en très bonne intelligence avec sa famille et ses voisins. Il rend volontiers service à chacun, il est très sérieux et adroit. Il vit chez ses parents auxquels il doit succéder plus tard à la ferme ; il n'a plus de projets de mariage.

Catamnèse 1926. Le sujet accomplit très bien son travail d'agriculteur et de tourneur. Il se sent très bien, il ne s'est jamais plaint de rien et n'a jamais consulté un médecin. Il est marié depuis le 3 février 1921 et a trois enfants (deux fils et une fille) qui sont gais et bien portants. Il nous remercie beaucoup de notre lettre et de l'intérêt que nous portons à sa santé.

La psychose de Brenner, comme celle de Bruhn, correspond dans son ensemble à l'évolution typique d'une paranoïa chronique simple. Toutefois, l'effet produit par l'expérience vécue permet de discerner chez lui deux poussées bien différenciées. Une méfiance malade, provoquée par l'échec d'un projet amoureux, sert de prélude à la maladie, qui apparaît trois ans après. La lecture d'une plaquette de vulgarisation produit l'éclosion complète du délire de masturbation grâce à une asso-

ciation caractéristique, celle de l'hypocondrie et des idées de relation. Ce délire s'apaise avec le temps pour rebondir vigoureusement à l'occasion d'une ivresse ; il se fait jour dans une apostrophe malencontreuse. Le résultat final est ici, après trois ans, le même que dans tous les cas où les catamnèses étaient possibles : une guérison relative avec maintien de l'activité professionnelle et une prise de conscience satisfaisante de l'état morbide antérieur. L'état psychique qui suit immédiatement la guérison présente une légère aggravation des traits psychopathiques antérieurs. On observe de temps en temps des échos sporadiques de la psychose. Par ailleurs, il est manifeste que la guérison se maintient pendant de nombreuses années. Les ressources pour décrire le caractère de Brenner étaient peu abondantes, mais les traits suivants semblaient dominer chez lui : une composante asthénique, une douceur et une timidité extrêmes, un manque de courage, toutefois, en définitive, il existait une grande vitalité.

Il faut remarquer que chez Bruhn et chez Brenner des groupes particuliers de représentations morbides sont en connexion psychologique étroite avec le délire sensitif. Ces malades rappellent beaucoup certains types de paranoïa de Kraepelin. Chez Bruhn, une phase de « folie érotique » se glisse dans sa psychose sensitive, un délire amoureux à l'égard de sa belle-sœur n'ayant pas d'origine directe dans le sentiment d'une insuffisance humiliante, mais prenant plutôt son point de départ dans le désir secret d'un rêveur qui a l'habitude de ruminer sans cesse ses idées et qui souffre intérieurement de sa solitude et de son célibat. Nous parlerons en détails, dans le dernier chapitre, de ces psychoses de désir et de leur rapport avec le délire sensitif. Par contre, Brenner (comme d'ailleurs également de façon passagère, Hélène Renner), construit, en partant de ses idées de relation, un délire de persécution assez systématisé, ferme et qui, jusqu'à ce jour, n'est pas encore complètement corrigé. Car le malade croit toujours être poursuivi par le gendarme et le tribunal pour avoir causé un scandale public et pense qu'on lui infligera des peines très sévères. Cette variante sensitive du délire de persécution se distingue à son tour du délire de persécution de la névrose de combat et des caractères mixtes primitifs-expansifs, par un sentiment accentué de la propre culpabilité du sujet.

Les deux cas de Bruhn et de Brenner réalisent un tableau de psychose paranoïaque grave, susceptible de se développer sur la base des dispositions sensibles du caractère et prenant pour point de départ des remords de conscience ressentis par les masturbateurs. Par contre, les deux cas suivants illustreront

les transitions de ces maladies graves, pleinement évoluées, aux névroses sexuelles simples, caractérisées par des sentiments de relation dont il a été question plus haut.

Anton Käfer, né le 6-10-1885, est serrurier. Il est fils d'un alcoolique irascible. Un de ses frères est maladif, arriéré et irritable. Une sœur a un caractère sérieux mais est irascible. Un oncle paternel et un neveu n'ont « pas toute leur tête ». Käfer était un écolier moyen. Il était timide, bégayait ; c'était un enfant calme et sérieux. Il se tenait très à l'écart de ses camarades qui le taquinaient volontiers. Plus tard, c'était un homme sérieux et travailleur ; il avait de bons certificats de ses patrons.

Le médecin de la localité où habitait Käfer a envoyé, le 14 septembre 1909, à la clinique de maladies nerveuses de Tübingen le certificat suivant :

L'état de santé de Käfer Anton, serrurier, nécessite une admission d'urgence dans une maison de santé. Le malade est traité depuis plusieurs années *par correspondance* pour troubles sexuels et pour neurasthénie par un individu sans scrupules de la maison de repos de G..., établissement qui paraît être dirigé par des médecins. Le directeur de cet institut est mort, mais le malade est de nouveau invité par les successeurs du célèbre Dr X..., à continuer sa cure. La confiance superstitieuse du malade pour celui qui lui était venu en aide jusqu'à présent, n'a pu être ébranlée. Toutefois, nous avons réussi à le persuader de faire un essai de traitement dans une clinique de la région, au lieu de faire le voyage à B..., comme il le projetait. Käfer a 23 ans, il se masturbe de façon intense depuis son jeune âge, il est sujet à des spermatorrhées, éjaculations précoces et à d'autres troubles analogues. Ces phénomènes occupent actuellement toutes les pensées de Käfer. A ces troubles d'ordre sexuel s'ajoutent, depuis quelque temps, des anomalies de plus en plus nettes de la sphère intellectuelle et affective. Par exemple, il ne prend pas le tramway pour rentrer chez lui, car il voit nettement sur les figures des gens ce qu'ils pensent de lui. Il croit être continuellement observé à cause de son état (son anomalie sexuelle), et finalement mis à l'index. Étant donné l'effet persistant de ces phénomènes de neurasthénie sexuelle sur l'ensemble des idées du malade, je préconise son admission..., etc., Dr V...

Depuis des mois, le malade hésitait à se présenter à la clinique ; son état empira les jours qui précédèrent la date prévue pour son admission. Il était agité, apeuré et pensait qu'il allait vers sa perte. Le médecin de la maison de repos de B... le précipiterait dans le malheur. Il croyait que l'odeur du sperme l'imprégnait ; il avait des « idées fausses » dans la tête (comme il le disait par la suite) ; il avait une maladie d'origine sexuelle ; il était sur le point d'avoir une phtisie galopante. Il n'avait pas de courage au travail, ne se sentait pas bien, croyait avoir un

sourire embarrassé. Il avait remarqué qu'on l'évitait, que ses camarades se moquaient de lui et de son état sexuel. Contrairement à ses habitudes, il faisait tout le temps des erreurs dans son travail, il ne pouvait pas retenir ce que le contremaître lui expliquait. Le 16-9, après-midi, il resta à la maison, il se sentit confus, il ne comprenait pas ce qui se passait, il se sentait obligé à ne penser qu'à « des bêtises » (du genre décrit plus haut). Le lendemain, il est resté au lit jusqu'à midi ; il avait l'impression que sa famille voulait se rendre compte s'il avait toute sa tête. Sa tête était vide et lourde.

A son admission à la clinique, le 2-9-1909, il a donné les renseignements précis et sensés en racontant son histoire ainsi qu'en parlant de ses sensations actuelles. Il expliqua que vers la 18^e année il s'était fait beaucoup de soucis à cause de ses pollutions nocturnes et de ses éjaculations précoces ; il s'était beaucoup énervé à cause de sa spermatorrhée ; petit à petit, il commençait à avoir des maux de tête, à ressentir de la faiblesse et de la fatigue. Il allait d'un médecin à l'autre ; dernièrement, il lui est tombé dans les mains une brochure sur les maladies de la moelle épinière. Cette brochure contenait un questionnaire, ce qui lui a permis d'entrer en contact, par lettre, avec l'Institut thérapeutique mentionné plus haut. Käfer avait dès le début l'esprit clair et sérieux, un rendement intellectuel normal, aucune illusion sensorielle, était d'humeur égale ; il présentait un état dépressif et ruminait continuellement ses idées. Il se plaignait de douleurs nerveuses généralisées et avait des appréhensions hypocondriaques énumérées plus haut.

Au point de vue somatique, on a trouvé quelques symptômes nerveux, tels que pouls accéléré, dermatographie accentuée et hyperreflectivité. Dans l'établissement, il se montrait calme, timide, réservé à l'égard de ses compagnons, mais était bienveillant et aimable.

Le traitement psychique a amené une amélioration signalée déjà depuis la mi-octobre. Vis-à-vis du médecin traitant, il était confiant, dépendant, comme un enfant ; il se sentait mieux, n'avait plus ni d'idées de relation, ni de persécution. Mais, si de temps à autre, il avait une pollution, il devenait inquiet, en informait son médecin ; toutefois, il se laissait rassurer facilement. Au début du mois de novembre, il avait manifestement meilleure mine, il n'avait presque plus de pollutions. Il mangeait de bon appétit, dormait bien, n'avait pas de rêves anxieux, n'avait mal nulle part, n'était ni anxieux, ni irritable. Il se sentait beaucoup plus fort, désirait reprendre son travail et nous manifestait une grande reconnaissance. Il désirait quitter la

clinique le 7 novembre 1909, était très amélioré, n'ayant plus de représentations délirantes.

Les troubles mentaux de Käfer se placent par le degré de leur intensité selon la définition que nous avons adoptée antérieurement à la limite d'une névrose de relation qui, pourtant, à son point culminant, s'élève jusqu'à un délire de relation accentué. Le médecin résidant a diagnostiqué tout d'abord une névrose sexuelle. La gravité des phénomènes et les tares héréditaires sérieuses frappent peut-être, mais le sujet se comporte pendant longtemps comme d'autres individus de sa catégorie : les troubles nerveux somatiques et les préoccupations hypochondriaques se renforcent mutuellement ; le malade court d'un médecin à l'autre, il se fourvoie finalement dans les pièges d'un Institut thérapeutique qui soigne par correspondance et qui sciemment décuple ses idées morbides et exploite la sensibilité superstitieuse propre aux gens suggestibles. Le processus d'aggravation dura plusieurs années. Puis l'état d'exaltation psychique ayant atteint un certain degré passe au stade de névrose de relation, succédant au stade antérieur de simple hypochondrie sexuelle. Cette évolution, dont la base se trouve dans les convictions persistantes d'être atteint de prétendus troubles physiques et mentaux, se déroule selon des lois immuables. La conséquence psychologique inévitable de cet état est l'idée que les résultats de cette détérioration sont perceptibles par les autres dès le premier coup d'œil jeté sur le malade.

Chez le névrosé sexuel ordinaire, cet état ne dépasse pas le stade de ces sentiments secondaires désagréables. Chez les névrosés sensitifs, par contre, cette idée rencontre une affinité spécifique dans la disposition caractérielle où elle peut s'enraciner immédiatement et envahir aussitôt le cycle d'idées hypochondriaques primaires. Ainsi, comme nous le voyons chez Käfer, qu'à la fin, le tableau est, en général, dominé par des idées de relation anxieuses et une crainte d'être épié. Le malade ne donne plus au médecin l'impression d'être seulement neurasthénique, mais il se présente comme un paranoïaque ayant besoin d'une cure en maison de santé.

L'exacerbation réactionnelle qui se produit avant l'admission à la clinique rappelle un peu la psychose aiguë d'épuisement de Hélène Renner, dans la mesure où l'on constate des traces de dissociation et de faiblesse de la pensée, un sentiment d'étrangeté (il ne sait pas ce qui se passe en lui), des mécanismes obsessionnels (il se sent forcé de sourire, de penser uniquement à des bêtises). La tendance passagère à construire un délire de persécution est aussi à signaler. Ce stade n'a duré que quelques jours

et son point central était la thérapeutique miraculeuse de l'Institut de G...).

Par ailleurs, cette maladie a un caractère bénin. Après quelques semaines de séjour à la clinique, loin des causes psychiques nocives, elle se dissipe comme le brouillard sous l'effet du soleil. Il ne semble pas qu'elle ait laissé de séquelles importantes.

Dans le cas suivant, celui de Pernsberger, le délire de relation a une évolution encore plus bénigne. Il ne devient plus ici, comme c'était le cas chez Käfer, pendant un certain temps, un *leitmotiv* indépendant, mais reste dans le cadre général d'une maladie nerveuse ; c'est l'histoire de l'adolescence d'un jeune psychopathe, à hérédité très chargée, présentant des déséquilibres et des inhibitions divers d'ordre psychique. Ce jeune homme acquiert finalement un équilibre psychique satisfaisant ; on reconnaît facilement les dispositions sensibles de son caractère. Dans l'évolution de cette maladie, on voit s'entrecroiser des éléments hystériques, de névrose obsessionnelle et de névrose de relation. Il est remarquable que, dans l'auto-portrait fait par le malade, son caractère psychopathique fasse usage de façon spécifique de toutes les tonalités du registre d'excitabilité psychopathique. L'expérience primitive est la colère d'être renvoyé par son employeur. La réaction à cet événement prend la forme d'accidents hystériques ; la simple peur et l'embarras s'expriment par une agoraphobie et par la peur obsessionnelle de l'entourage, tandis que l'expérience intérieure d'insuffisance humiliante à propos de la masturbation déclenche une névrose paranoïaque. Le tableau clinique met donc en évidence une situation expérimentale et naturelle qui correspond à nos vues théoriques sur les relations spécifiques entre l'expérience vécue et le caractère.

Du point de vue clinique, il est remarquable que l'on ait pu obtenir une guérison complète d'une névrose de relation stabilisée, qui par moments atteignait la fermeté d'un délire. C'est seulement un traumatisme de guerre, d'ailleurs non spécifique, qui a fait remonter à la surface quelques traces passagères des sentiments de relation.

Joseph Pernsberger, né le 25-6-1881, pâtissier, a été envoyé le 17 avril 1916 à la clinique de maladies nerveuses de Mergentheim. Il venait du front français, après avoir pris part aux combats comme infirmier pendant deux mois. Il s'étonnait lui-même qu'il ait pu, avec sa faiblesse nerveuse, assurer si bien son service sur le champ de bataille. Toutefois, il a toujours été un peu anxieux et inquiet sous le feu. C'est seulement lorsque, le 23 mars, il a dû faire son rapport en rase campagne sous un

feu d'artillerie des plus intenses qu'il tomba malade. Il est arrivé terriblement angoissé, ses pieds et ses mains tremblaient ; il était totalement désespéré, ne pouvait ni rester debout, ni marcher, ni manger. Actuellement, il a parfois de petites pertes de conscience, se sent fatigué et faible, dort mal et a comme « un brouillard » dans la tête. Lorsqu'il quitte la maison, il éprouve un sentiment d'insécurité, il croit que tout le monde dans la rue le regarde. Il ne peut prendre aucune décision. Pour rentrer dans un magasin, il lui faut s'y prendre à plusieurs reprises. En outre, dans ses rapports avec autrui, la moindre bagatelle le rend susceptible. Il est parfois d'excellente humeur, mais souvent, dès le matin, il est, sans aucune raison, maussade, triste, puis de nouveau exagérément gai ; ou d'un moment à l'autre la gaieté disparaît sans laisser de trace pour faire place à une indifférence déprimante ; il se sent alors vide et stupide et rien ne le réjouit plus. Le malade est un homme de taille moyenne, fluet, maigre, ses cheveux sont légèrement roux, implantés bas sur le front ; la peau est délicate, le front fuyant, les oreilles décollées, les yeux brillants et inquiets. Le rythme cardiaque est rapide, éréthique, les artères temporales sinueuses et saillantes, il rougit fortement dès le moindre changement d'humeur. A part un tremblement léger et menu des mains et une faible diminution de la sensibilité à la douleur, à la partie antérieure du thorax, rien n'est à signaler du point de vue somatique. Le visage, bien que taillé grossièrement et montrant une forte tension nerveuse, présente parfois une expression fine et agréable. La tendance à tomber vite dans l'embarras est masquée par des strictes manières militaires. Il répond avec bonne volonté et amabilité et fait preuve d'une très bonne intelligence par ses réponses précises à l'interrogatoire. Malgré une certaine douceur, il est loin de l'exagération et de la sentimentalité.

Voici comment il raconte son histoire : il est enfant naturel ; son père était alcoolique, il l'avait à peine connu ; la mère était nerveuse et irritable ; une tante maternelle était encore plus nerveuse que sa mère. Il avait des difficultés à apprendre à l'école. Depuis sa prime jeunesse, il a été susceptible, timide, anxieux, vite embarrassé, mais d'un naturel gai. Il n'a jamais pu supporter l'alcool. On l'appréciait dans son métier et il avait de bonnes places dans des pâtisseries importantes ; toutefois, il changeait souvent de place, en partie après dispute, mais avant tout pour se perfectionner, voir du pays, ou par intérêt pour les grandes villes et les villes d'eau, aussi a-t-il beaucoup voyagé en Autriche. Particulièrement, au début de sa carrière, il n'était pas « aussi courageux » que les autres ; il hésitait long-

temps à prendre une décision ; toutefois, il s'efforçait à combattre petit à petit, et non sans succès, « cette paralysie de la volonté ». Il gardait longtemps en lui ses impressions désagréables et ruminait ses chagrins des journées entières. Ce qui ressort le plus de sa vie professionnelle, c'est une scrupulosité liée à une ambition extrêmement tendue. Il ne pouvait supporter qu'un gâteau fait par lui fût brûlé, qu'une commande prise par lui fût oubliée ; ce qui passait par ses mains devait être impeccable. Une forte irritabilité ajoutée à ce trait de caractère lui causait assez souvent des ennuis.

Tandis que, jusqu'alors, il n'était qu'un homme nerveux, à partir de sa 19^e ou 20^e année, il commence à devenir un homme vraiment malade. C'est à ce moment seulement qu'il s'est mis à réfléchir sur ce qu'il était et sur ce qu'il faisait. Il se mit à combattre énergiquement, mais sans succès, sa masturbation. Il se masturbait, non sans ressentir des remords, depuis l'époque de son apprentissage. Il combattait de plus en plus ce penchant, à mesure qu'il se rendait compte de sa nervosité et qu'il apprenait à connaître, par des écrits de vulgarisation et publicitaires, les symptômes de cette nervosité et de les considérer comme suite probable de son « vice ». Il se jetait avec une « grande avidité » sur ces écrits, étudiait chaque trait particulier que l'on y décrivait et le retrouvait chez lui. Sa nervosité augmentait de plus en plus, car il se faisait de pires reproches, prenait toute la responsabilité sur lui et l'issue lui apparaissait comme très sombre. Il menait contre sa masturbation une lutte aussi violente que vaine et il lui arrivait parfois de se cogner la tête contre le mur et d'avoir des idées de désespoir et de suicide. A cette période, il a commencé à s'apercevoir que les gens le regardaient dans la rue, que l'on parlait de sa masturbation. Lorsque les apprentis causaient dans une pièce voisine, il pensait qu'on parlait de lui. Il ne savait pas comment se tenir dans la rue sous les regards des gens. S'il lui arrivait d'avoir un petit échec dans le travail, les conversations tournaient autour de cet échec. Ce n'était chez lui qu'une ferme conviction personnelle, il n'a jamais saisi de mots isolés qui s'y rapportaient. Il souligne expressément qu'à cette époque, il avait une conviction immédiate et inébranlable que ses observations étaient véridiques ; il réfléchissait des journées entières à chaque détail, jusqu'au moment où ces idées s'estompaient sous l'effet d'autres observations.

A l'âge de 23 ans, son état s'était aggravé considérablement après qu'il eut eu une crise en pleine rue. Il a eu des ennuis avec son patron ; le congé que celui-ci lui avait signalé l'avait mis dans un état de forte irritation. Les jours suivants, jusqu'au jour de

son départ, il était aussi fortement agité ; quelques heures avant de partir, il avait entendu une voix lui murmurer à l'oreille : elle parlait de l'éternité et de choses religieuses ; il était alors pris d'un vertige et d'un sentiment d'anxiété ; il perdit connaissance pour un court moment. Il ne sait rien de plus précis au sujet de cette crise ni au sujet des autres. Les crises des années suivantes venaient après un énervement car il tâchait de le dissimuler dans la mesure du possible. Il en était excessivement honteux et craignait surtout de ne pas pouvoir gagner sa vie si on se rendait compte que, dans son travail, il avait des crises.

Depuis, il était totalement dominé par la peur de la crise. Ce sentiment l'envahissait lorsqu'il se trouvait avec d'autres personnes, dans une salle de concerts, au cours des parties de plaisir. Dès que cette idée se présentait à lui, il devenait nerveux, commençait à avoir des vertiges et des palpitations et quittait souvent la partie de plaisir parce que cette idée lui devenait insupportable. Lorsqu'il traversait de grandes places, l'idée qu'il pourrait avoir une crise au milieu de cet endroit l'arrêtait également. Il commençait dès lors à avoir une forte et pénible angoisse généralisée, soit pour traverser des places, soit pour rester dans des salles de concerts, ou soit pour fréquenter les gens. Il considérait cette angoisse comme une maladie et luttait avec force contre elle, mais sans pouvoir la maîtriser. Il était devenu tellement casanier qu'il était resté certains beaux après-midi de dimanche dans son lit, seulement pour ne voir personne. Le matin, au travail, il était souvent de si mauvaise humeur qu'on osait à peine lui adresser la parole, tandis qu'après midi son humeur devenait un peu plus gaie. Mais la tendance à rapporter tout à lui-même persistait toujours.

En général, le malade pensait que la lutte contre la masturbation et la manie de tout rapporter à soi prédominaient vers la 20^e année, la crainte des crises, des espaces vides, de la rencontre avec les gens ressortait au premier plan, après sa 23^e année. Par ailleurs, sa maladie subissait de grandes oscillations. Les aggravations de son état, après des intervalles plus calmes, étaient toujours dues à un chagrin, à une faute professionnelle, à une reprise de masturbation. En outre, il avait des périodes de nervosité extrême, où il ressentait des troubles mentionnés plus haut, et principalement une indécision maladroite. Il était également sujet à des crises cardiaques neurotoniques. En dehors de cela, il sentait une faiblesse dans la tête, les pensées surgissaient avec « précipitation et en se heurtant l'une l'autre ». Comme il était très croyant, la prière à l'église le réconfortait beaucoup. Il allait également consulter des neurologues et,

avant tout, il a commencé très sérieusement son auto-éducation. Il faisait avec ardeur de la gymnastique, se lavait à l'eau froide, se faisait à l'avance avec pédanterie et ponctualité un emploi de temps pour chaque jour. Ses occupations étaient marquées avec précision heure par heure comme dans un calendrier. Au début, tout empêchement extérieur à ce plan l'irritait et le rendait très inquiet ; mais, petit à petit, il a appris de cette façon à maîtriser sa « paralysie de la volonté ». Les appréhensions pénibles, rattachées à la masturbation, s'estompaient de plus en plus, depuis qu'il avait pris l'habitude de satisfactions normales. Les dernières années avant la guerre, il ne se sentait pas, à vrai dire, malade. Les crises avaient cessé, il était plus lesté et plus fort, il était redevenu sociable et participait, sans ressentir de troubles, à des réunions importantes. Ce n'est que la guerre qui a déclenché les anciens troubles, mais le séjour à l'hôpital lui a vite fait un très grand bien. Dès le début, il avait conscience de son état morbide, il n'avait pas d'appréhensions exagérées et témoignait une grande confiance aux médecins. Il rit actuellement de ses appréhensions sexuelles antérieures, évidemment sans éprouver aucune émotion. Par contre, il existe actuellement encore chez lui une légère inquiétude au sujet du retour des crises dont il parle parfois par désir d'être tranquilisé par les médecins. La correction du délire de relation est actuellement totale, sans que le malade puisse dire depuis quand elles s'étaient produites. Le délire s'estompait progressivement au cours des années, grâce à l'affermissement général de son équilibre nerveux. Au cours de la maladie actuelle, provoquée par la guerre, le sentiment de relation était faiblement ravivé, sans prendre une forme délirante. A la sortie de l'hôpital, le 5 juin 1916, il en était totalement débarrassé, n'avait plus de troubles nerveux de quelque importance que cela soit ; il avait bonne mine, dormait bien.

La composante hypocondriaque confère au groupe du délire des masturbateurs sa particularité clinique. Ce délire peut, comme c'est le cas chez Käfer, se construire par étapes psychologiques successives sur le terrain de la névrose sexuelle à laquelle se surajoutent la note hypocondriaque et une phase de névrose de relation. Ou bien ces deux composantes peuvent s'entrecroiser dès le début. Le cycle d'idées hypocondriaques peut rester en l'occurrence à égalité avec le cycle d'idées névrotiques de relation et peut acquérir la même fermeté qu'un délire. Mais, le plus souvent pourtant, le cycle hypocondriaque, comme nous l'avons vu, se laisse envahir par la névrose de relation.

De même, la coloration spéciale de ce groupe est fortement

influencée par le milieu. Un jeune paysan solitaire et bizarre, du genre de Bernard Brenner, est un type social aussi réel dans la vie campagnarde que l'est une vieille fille dans une petite ville de province. Un vrai paysan se marie toujours parce que, précisément, sa vie économique et sociale l'exige. Restent célibataires les garçons de ferme et les originaux. Ainsi, un jeune paysan qui ne se marie pas commence à être soupçonné d'avoir une certaine infériorité ; ce soupçon met également les vieilles filles dans une attitude sociale de défense. Le soupçon devient de plus en plus fort, car ce garçon n'a pu s'imposer ni à l'école, ni au café. Il est timide, solitaire et rumine sans cesse ses idées ; il reste à l'écart, cherche un refuge au foyer paternel, le courage lui ayant manqué pour choisir une femme. Ainsi, les prédispositions névrotiques, l'humiliation d'un isolement social et la masturbation se conditionnent mutuellement et se complètent pour devenir la triade pathogène formée par le caractère, le milieu et l'expérience intérieure.

Ainsi, le cas Brenner peut-il être comparé à celui d'Anna Feldweg, vieille fille d'autrefois. On peut mettre face à face les autodidactes du milieu ouvrier, comme Bruhn ou Pernsberger, et les jeunes filles ambitieuses comme Hélène Renner. Les gens de la trempe de notre Wilhelm Bruhn, qui passent leur temps libre dans une chambre solitaire pour étudier Schiller et Bölsche et qui, le dimanche matin, font de longues randonnées plutôt que d'aller au café, auront toujours, dans la masse de leurs compagnons, une situation exceptionnelle. Ils passeront pour des orgueilleux et des originaux et seront exposés, non seulement de façon imaginaire, mais réellement, aux railleries et aux pires propos malveillants. Il faut encore prendre en considération des éléments spéciaux, comme la naissance irrégulière de Pernsberger ou la situation tendue, si caractéristique de Bruhn, cet immigré protestant du Nord de la Prusse, dans une petite ville catholique souabe. Ces sujets sont également, comme les individus que nous avons décrits jusqu'à présent, des gens isolés socialement, auxquels on ne permet pas de suivre tranquillement leur chemin. Ils sont d'autant plus vulnérables dans le combat de la vie qu'ils sont moins aptes à mener cette lutte.

CHAPITRE V

AUTRES CONFLITS PSYCHIQUES A CARACTÈRE ÉROTIQUE

Après que ce livre eût été achevé nous avons pu observer une série d'affections réactionnelles discrètes, de caractère paranoïde, dont une partie entre dans le cadre du délire de relation sensitif ou s'en approche. Les dispositions conflictuelles typiques des domaines érotiques, décrites dans les deux chapitres précédents, peuvent être ainsi complétées par une série de variantes cliniques. Quelques-unes d'entre ces dernières, les plus caractéristiques, sont ici brièvement résumées.

LES AMOUREUX TIMIDES ET DÉDAIGNÉS

Ulrich Breiner, berger, âgé de 32 ans, a été admis à la clinique de Tübingen en automne 1924. Sa sœur raconte que, depuis 15 jours, il n'était plus aussi gai qu'auparavant. Il y a huit jours, lundi dernier, à l'occasion d'une noce au village, son frère, ayant bu un peu de trop, s'est battu avec un jeune homme et lui a « cassé les reins ». Un autre jour, il demanda à son frère sur quoi portait la conversation qu'il avait eue avec les autres à sa table. Il pensait que les gens le regardaient de façon bizarre, parce que, peut-être sans le vouloir, il avait dit une bêtise, on lui avait peut-être arraché quelques paroles. Depuis, on ne pouvait lui enlever de l'idée que les gens l'épiaient. Il pensait surtout que son voisin voulait lui faire comprendre : « Tu as mauvaise conscience, tu rumines tout le temps. » Il avait eu une fois une dispute avec ce voisin. Il s'agissait d'un pâturage. Il était alors devenu très triste, timide, hypocondriaque et finalement garda le lit.

Sa personnalité d'avant la maladie apparaissait comme suit : calme, renfermé, ruminant ses idées, aimant la solitude, un peu rêveur et hypocondriaque. Il n'avait pas beaucoup d'assurance à l'égard des jeunes filles. Il aurait pourtant bien voulu être gai et sociable. Il a choisi le métier de berger, car il aimait la rêverie et la solitude. Pourtant, il s'énervait de ne pas pouvoir frayer

avec les gens, le soir et le dimanche. C'est alors qu'il pensa acheter un magasin ou une ferme. Il aurait bien voulu se marier, mais comme il ne connaissait pas beaucoup de gens il n'a pas pu y arriver. Il est très affectueux, confiant comme un enfant ; se fait souvent des reproches puérils. Il a dit au médecin qu'il était « un nigaud, un simple d'esprit ».

Voici ce qu'il nous a raconté à la clinique : il aurait voulu absolument se marier et, au cours de cette noce de village, il voulait enfin sérieusement réaliser ce projet. La jeune fille sur laquelle il avait jeté son dévolu était assise à une table avec deux de ses amies. Il s'assit à côté de ces demoiselles et s'était montré très empressé auprès de la jeune fille en question. Tout à coup, celle-ci lui dit : « Tu ne parles toujours qu'avec moi. » Toutes les trois se mirent à rire de façon suspecte et passèrent à une autre table. Donc, il est resté seul ; il feignit l'indifférence, en suivant en cela le conseil qu'il avait trouvé dans un livre sur *Le savoir-vivre*, où il avait appris comment il fallait se comporter dans de telles circonstances. Il raconta à une autre jeune fille qu'il avait eu antérieurement une liaison et énuméra tous les cadeaux qu'il avait faits à son amie. Mais lorsqu'il voulut mettre les bras autour du cou de la jeune fille, celle-ci lui dit : « Va-t'en ; lorsque tu iras ailleurs, tu raconteras la même chose de moi. » Désespéré, il commença à se rapprocher d'une troisième, qui lui déplaisait beaucoup. Et cette vilaine sorcière lui dit : « N'est-ce pas, tu vas m'épouser quand même. » Effrayé, il s'était assis tout au fond de l'auberge et se mit à boire beaucoup avec d'autres garçons. Il croyait voir des scènes shakespeariennes, des luttes dans la rue, pensait qu'on allait le décorer d'une croix ; les bruits du monde lui parvenaient comme étouffés.

Le délire de relation se déclara le lendemain. Il s'aggravait de plus en plus jusqu'au moment de l'admission du malade à la clinique. Le médecin entreprit l'analyse des expériences vécues par le malade ; il s'y attaquait fragment par fragment et aussitôt a pu constater une amélioration. Cette analyse a été ralentie par de forts barrages et se termina, après quinze jours de traitement très actif, par une guérison complète.

Voici les conclusions données par le berger au moment de sa sortie de la clinique :

La jeune fille qui me conviendrait ne veut pas de moi, et celle qui me voulait, je n'en veux pas. Cela n'a pas collé. Que diable ! maintenant, je renonce.

Dans ce cas, le délire de relation est né au lendemain d'un échec amoureux, le malade ayant eu une conduite indécente,

en état d'ivresse, du fait de cette déception. Honnête homme, il en a conçu un chagrin très grand. Lors de l'admission à la clinique, il existait une forte fixation des idées de relation délirantes ; et déjà le contenu affectif était, de façon tout à fait significative, déplacé de l'expérience intérieure principale et pénible vers une discussion avec le voisin, fait d'importance secondaire. Ce voisin était au centre des idées de relation du malade, c'est en lui qu'il voyait son ennemi principal. Par contre, le jeune homme avait dissimulé entièrement l'incident avec la jeune fille le jour de la noce et ne l'avait avoué qu'avec difficulté. Le caractère de cet homme qui était timide, rêveur, sensible, et en même temps, honnête et ambitieux, correspond au caractère des sensitifs. La guérison rapide, sans heurts, devait être en relation aussi bien avec l'intervention thérapeutique immédiate qu'avec un trait secondaire du caractère, celui d'une simplicité puérile, naïve, enjouée, qui s'était fait jour dans les propos du malade, rapportés plus haut.

Adolf Krumm, graveur, célibataire, né le 7 juin 1888, a été, de 1919 à 1925, à plusieurs reprises, en traitement à la clinique de Tübingen. Il présentait, depuis des années, des idées de relation et des idées de préjudice qui rebondissaient constamment. Il se sentait mésestimé et humilié par ses frères et sœurs, ses collègues et ses chefs. Il était de temps en temps de très mauvaise humeur et très méfiant ; il se sentait abandonné dans la vie et handicapé par rapport aux autres. Une jeune fille et le fils du chef manigançaient quelque chose contre lui, peut-être sur les instigations du chef lui-même, qui lui avait fait comprendre qu'il ferait bien de pleurer en pensant à son avenir. Partout on lui créait des difficultés, tout se faisait contre lui. Il n'avait plus d'autorité. On lui faisait sentir sa profonde infériorité morale. La nuit, il rêvait de sa mère, elle avait alors un regard plein de reproches.

L'analyse donna ce qui suit : le sujet est un individu très ambitieux, très laborieux, très apprécié dans son travail et, en même temps, très sensible et très fin. A l'âge de 11 ans, il a eu un accident de gymnastique après lequel il est resté infirme : ses deux jambes sont ankylosées et il ne peut marcher qu'avec des béquilles. Depuis ce moment, il a perdu la véritable joie de vivre. Étant donné son état, il lui fut ultérieurement très difficile d'entrer en contact avec les jeunes filles. Dépassé l'âge de 20 ans, il était très excité sexuellement. A ce moment, il a fait une tentative d'attouchement sur une adolescente, une des parentes de sa famille. Ce qui, par la suite, se répéta plusieurs fois. Personne n'a rien su de cette affaire. On ne l'a appris

que plusieurs années plus tard, lorsque le malade en a parlé à son médecin. Malgré cela, plus tard, lorsque la jeune fille s'est fiancée, il crut voir des allusions dirigées contre lui dans les lettres écrites par les parents de celle-ci. Encore maintenant, il est gêné par des regards moqueurs qu'il croit apercevoir chez les jeunes enfants de la famille, lorsque ceux-ci jouent avec une jeune fille. « Je suis toujours dominé moralement et je ne puis le supporter. »

Mais il ne tomba véritablement malade qu'à l'âge de 28 ans. Son père mourut à cette époque, et, peu après, ce fut sa mère, à laquelle il était très attaché ; le foyer familial où il vivait s'était disloqué. Depuis, il se sentait solitaire, privé d'appui, ne pouvant plus faire face aux exigences de la vie.

A cette même époque, il s'était fortement épris d'une employée qui travaillait dans le bureau de son usine. *Elle ressemblait à sa mère* ; il aimait des visages doux et arrondis. La jeune fille était aimable avec lui, mais était devenue plus réservée lorsqu'il lui parla du mariage. Elle était devenue ensuite la maîtresse du fils du propriétaire de l'usine ; il en éprouvait une forte jalousie. Sa plus grande crainte était de la voir se fiancer avec un autre. Il se sentait gravement compromis aux yeux de ses collègues par le rejet de la jeune fille ; il n'avait *plus de prestige*. Depuis ce temps, son délire s'était fortement polarisé aussi bien sur sa famille que sur la jeune fille, le fils du chef et, partiellement, sur le chef lui-même et ses collègues de l'usine. Bien qu'il fût très estimé et que l'on tentât de le ménager et de retenir un ouvrier spécialisé si dévoué, il quitta l'usine et s'installa de nouveau dans la maisonnette héritée de ses parents. Il vivait du loyer qu'il percevait et du travail qu'il faisait de temps en temps à domicile. Il essayait à l'occasion de reprendre le travail à l'usine, mais le rebondissement immédiat et violent du délire de relation à la vue des personnes impliquées dans le délire faisait échouer ces tentatives. A la maison également, il était d'avis que la famille le traitait mal, qu'il était mal noté moralement, qu'il était méprisé. Le traitement psychique à la clinique et, avant tout, l'analyse et le récit sincère portant sur ses expériences intérieures, amenèrent petit à petit une très grande amélioration. Aussi bien, lorsqu'il sentait son état s'aggraver, il demandait de lui-même à revenir à la clinique ; néanmoins une guérison durable n'a pu encore être obtenue.

Au cours des entretiens avec les médecins et principalement au cours des associations libres lors de l'analyse des rêves, son attitude à l'égard de la vie se faisait souvent jour dans des expressions caractéristiques :

J'ai perdu confiance en moi-même, parce que je n'avais aucun appui. Je me suis toujours efforcé d'être « un vrai homme. Je suis toujours en état d'infériorité morale et ceci, je ne peux le supporter. » Lorsque, à l'usine, j'étais le graveur dont on ne pouvait se passer, c'était autre chose, alors je savais que j'étais aussi quelqu'un. Si je pouvais de nouveau avoir ce sentiment, je ne vivrais pas tellement à l'écart. Maintenant, mon entourage se dit, cet homme est psychiquement malade à cause d'une jeune fille. Si je suis vraiment un homme je ne dois pas tomber malade à cause d'une femme.

Dans ce cas, on voit s'entrecroiser deux traits psychologiques importants. D'une part, Krumm présente un type « adlérien » classique, avec son infirmité grave et précoce, son sentiment névropathique d'impuissance à l'égard de la vie, fortement accentué. Il essaie de le surcompenser par une affirmation virile et un rendement professionnel élevé. Parallèlement à ce violent ressentiment extérieur, il existe un trait plus essentiellement sensitif, c'est le sentiment intériorisé de l'insuffisance morale et une forte réactivité aux expériences liées à un échec sexuel humiliant. L'action conjuguée de ces deux éléments, du ressentiment extérieur et du conflit moral interne, contribuent à la formation du délire de relation. Il est encore intéressant de signaler ici la force avec laquelle surgit l'élément constitutionnel d'une fixation infantile, persistante, à la mère. La mort des parents et la perte du soutien moral qui s'ensuit, coïncident chronologiquement aussi avec la première éclosion violente du délire de relation. La recherche, dans la personne de la jeune fille aimée de l'*imago* maternel disparu (Freud) est également un fait intéressant. Dans son évolution, ce cas ne montre ni une tendance à la progression, ni une tendance à une guérison définitive. Ceci a pour cause la situation vitale irréversible d'un infirme, resté seul dans la vie. Par contre, la psychothérapie a pu obtenir des améliorations très évidentes, mais passagères.

Nous ajoutons à ce qui vient d'être exposé le conflit amoureux d'un homme marié.

Johannes Belz, fermier, âgé de 45 ans, s'était présenté en été 1926 à la clinique des maladies nerveuses de Marburg.

Il était timide, perplexe, méfiant, de plus, était très triste et pleurait beaucoup, car lorsqu'il allait le dimanche à la messe, tout le monde l'observait, les jeunes filles se moquaient de lui, les jeunes gens chuchotaient. Cela allait si mal qu'il ne se sentait plus le courage de sortir. A l'auberge, on interrompait la partie de cartes lorsqu'il arrivait. Tout le monde était au courant de son amour pour sa domestique, tout le monde riait de « ce vieil âne ». Lui-même pense qu'il est « mollasse » et que les gens ont

raison de se moquer de lui : tout ceci l'a amené à avoir des idées de suicide.

En effet, il s'était épris d'une jeune servante de 17 ans qui vivait depuis trois ans chez lui ; elle avait repoussé ses avances ; il était atrocement jaloux d'elle, souffrait beaucoup ; ne pouvait supporter qu'un garçon se tienne à côté de la servante. Il essayait toujours de l'oublier, mais rien n'y faisait ; lorsqu'il la voyait avec un autre, cela lui pinçait le cœur. En 1925, on congédia la jeune fille car on n'avait plus besoin d'elle. Malheureusement, elle s'était embauchée chez des voisins, où elle est encore actuellement. Ainsi, il n'a pu se calmer et la situation ne faisait que s'aggraver. Après quelques semaines de séjour à la clinique et après des conversations prolongées et fréquentes, on a pu obtenir une amélioration définitive.

Le malade est décrit comme un très bon mari : il ne boit pas, il est très serviable et bienveillant, aimé par tout le village. La famille, également, est sérieuse et honorable. Dans son enfance, il était craintif et sensible. A l'époque où il termina ses études, il avait l'habitude de se tenir un peu à l'écart, ne pouvait parler à cœur ouvert, n'osait s'approcher des filles, n'aimait ni danser, ni boire. Par contre, il s'adonnait à la lecture avec un tel acharnement qu'il en oubliait de manger.

II. — DÉCEPTIONS AMOUREUSES DES FEMMES

Le délire amoureux et le délire de relation d'ordre érotique des vieilles filles que personne ne désire, représentent peut-être la forme la plus fréquente où la réaction sensitive-paranoïaque découle d'une situation conflictuelle typiquement humaine, générale, née dans un milieu particulier. En outre, il existe encore, chez la femme, de multiples possibilités de conflits analogues dans sa vie amoureuse, qui s'étend de la puberté à l'extinction de l'instinct sexuel. Nous esquissons encore brièvement quelques cas de ce genre : d'abord ceux de deux jeunes filles chez lesquelles un destin cruel avait anéanti l'espoir de fiançailles proches, entraînant un sentiment de culpabilité ; ensuite, le cas d'une femme malheureuse dans sa vie conjugale ; enfin, le cas d'une veuve qui, à demi-fixée encore à son mari défunt, se laisse entraîner, servilement et aveuglément, dans une liaison grossière dont elle ne peut se libérer.

Sophie Schlecht, née en 1892, est ouvrière d'usine. Elle est menue, délicate, malingre, puérile, aimable et douce. Elle se fiança au début de la guerre ; son fiancé rejoignit l'armée ;

en 1916, elle a eu un enfant de lui. Le jeune homme, fait prisonnier, ne donna pas signe de vie pendant des années ; on ne savait s'il était encore vivant. Pendant quatre ans, la jeune femme mena une vie très retirée. Puis elle se laissa séduire par un ami de son frère. Un mois après, son fiancé revint de captivité. Elle avait l'intention de lui avouer son aventure, mais il l'avait déjà apprise par les autres ; il rompit les fiançailles et, actuellement, est marié avec une autre. Le séducteur également s'était esquivé. Mais elle le rencontre tous les jours à l'usine.

Depuis, elle s'est « recroquevillée », est devenue nerveuse ; ne rit plus, ne chante plus, rumine ses idées. Elle espère encore, et toutes ses pensées tournent autour de cette idée que son séducteur pourrait l'épouser. Elle ne lui parle plus mais, à l'occasion, elle lui écrit ; il répond et elle tire de ses lettres des conclusions tantôt favorables, tantôt défavorables. Elle a demandé à être changée de place à l'usine parce que, de là où elle était assise, elle voyait tous les jours, à 4 heures, s'ouvrir la porte de la maison de son chef. Elle croyait que c'était un signe qu'on lui faisait ; elle accourait à plusieurs reprises chez son chef, lui faisait des déclarations d'amour. Sa belle prestance lui imposait beaucoup. Il avait les mêmes yeux qu'Édouard (le séducteur) ; elle croyait que celui-ci l'avait de manière « diplomatique », aiguillée vers ce nouveau but. En ce qui concerne Édouard, elle hésite entre la haine et le désir de l'épouser, mais ce dernier sentiment l'emporte sur l'autre.

En outre, il se développe chez elle un délire de relation très vaste : Édouard plaisante avec les autres ouvriers, ces plaisanteries la concernent. On parle d'elle partout : les conversations tournent autour de son enfant illégitime, de ses fiançailles rompues et, dernièrement, aussi autour des propositions qu'elle faisait au propriétaire de l'usine. Elle faisait toujours ces propositions étant dans des états exceptionnels mais passagers ; elle les reconnaissait comme morbides et les corrigeait rapidement.

A la clinique, elle est toujours ouverte, aimable, d'une confiance puérile. Elle présente une psychasthénie accentuée. Elle est peu intelligente. A la clinique également, elle a des idées de relation fugitives avec des tendances à la correction. On veut la mettre à l'épreuve, elle est ici en « observation ». Les autres malades parlent d'elle. Pendant un certain temps, de façon passagère, elle envisage volontiers les couleurs comme des symboles. Elle s'inspire pour le faire du code populaire de prédiction à l'usage des amoureux : le jaune signifie la fausseté. Cette couleur est en rapport avec son histoire amoureuse ; lorsqu'elle voit les couvertures jaunes des dossiers médicaux,

elle doit penser à elle-même. Si elle rencontre quelqu'un en veste rouge, cela signifie : est-ce qu'elle l'aime bien encore. De même, si la veste est verte, cela signifie : elle peut encore garder l'espoir ; ou si elle voit des fiches blanches, cela veut dire : elle est innocente dans l'histoire avec son chef. A la clinique, une amélioration s'installe après des entretiens répétés avec les médecins : la jeune fille travaille avec zèle et n'a plus d'idées morbides. Elle ne parle plus de ses anciennes difficultés intérieures et affirme qu'elle les a maîtrisées. Toutefois sa personnalité puérile et débile rend impossible une véritable élaboration de ses problèmes vitaux. Son humeur est tranquille et régulière. Après un séjour de quatre mois, elle quitte la clinique en mai 1924.

Elle est restée chez elle deux ans.

En mai 1926, elle retombe malade et est traitée dans un autre établissement pour un état d'agitation psychomotrice avec hallucinose auditive (voix de ses parents et de ses frères et sœurs). Elle a eu un désir vague d'évasion. Elle se tient souvent des heures entières immobile devant la porte. La marche ultérieure de la maladie ne s'est pas encore précisée. Les éléments psychotiques antérieurs ne semblent plus avoir réapparu.

Ce tableau clinique représente un des cas assez fréquents qui se placent à la limite du domaine psychogène et de celui des affections à processus schizophrénique. La première atteinte de cette psychose relève sans aucun doute, en majeure partie, de la réactivité psychique. Elle est déclenchée immédiatement après une expérience grave. Elle polarise passagèrement son contenu sur l'épisode vécu, elle est très perméable à la psychothérapie. Son évolution suit essentiellement le schéma du délire de relation sensitif ; avec, par ailleurs, quelques éléments suspects appartenant au type de réaction schizophrénique : actes brusques à l'égard du chef et, surtout, la présence parmi ces éléments d'une forte tendance à la pensée symbolique. Signalons, dans cette psychose de désir amoureux, la finesse que présente le déplacement de l'affect du séducteur perdu sur le chef qui lui ressemble physiquement, et qui, de par sa situation matérielle, est encore plus désirable.

La seconde psychose qui éclate deux ans après, semble, selon les brèves données du tableau clinique, ne pas contenir d'éléments psycho-réactionnels importants et, d'après les symptômes décrits, pourrait peut-être aboutir à une simple schizophrénie. Nous ne pouvons dire rien de définitif sur le cas de cette malade.

Nous avons rapporté ce cas-limite pour montrer qu'une recherche plus approfondie qu'elle n'est pratiquée d'habitude

est nécessaire pour déterminer les courants concomitants, les intrications et les alternances psycho-réactionnelles dans l'histoire du même individu atteint par la maladie. C'est précisément dans le domaine des psychoses paranoïdes que l'on peut observer tous les degrés d'intensité de l'alliage des éléments endogènes et psychogènes. On sait depuis longtemps qu'il en est ainsi dans la psychose de revendication.

Le cas rapporté par Kehrer, où il s'agit d'une auxiliaire des Postes, ressemble beaucoup à la malade que nous venons d'étudier. Marie Ehrhardt, âgée de 32 ans, a un caractère un peu dépressif ; elle est timide, introvertie, a des traits psychasthéniques. Nous retrouvons ici, de nouveau, le contraste entre un besoin infantile d'appui et de tendresse et un sentiment de fierté morale. M. E... présente, comme tant de nos malades, un retard du développement sexuel, une immaturité dans ce domaine. Elle se laisse leurrer depuis longtemps par un homme marié qui lui fait miroiter le mariage. Quelques années après avoir péniblement maîtrisé le chagrin violent, suite de l'échec moral, elle a eu une autre liaison. Mais la femme de son premier amant ayant trouvé dans le bureau de son mari la correspondance de la malade, est venue la trouver dans son service, lui fait une scène et l'injurie grossièrement. Ceci constitue le point de départ d'un délire de relation. Le facteur a dû tout raconter, ses collègues du bureau changeront à son égard, elle est épiée, elle doit faire attention. Derrière toute cette histoire se cache la femme de son premier amant, et, pour cette raison, ses secondes fiançailles sont menacées. Les tendances initiales à un délire amoureux se sont ensuite orientées chez cette malade vers une rêverie religieuse, vers « une étude sérieuse de la Bible ». Cette rêverie se transforme graduellement en exaltation. La malade croit notamment être « une élue ». Un traitement psychique à la clinique amena une guérison qui se maintient toujours.

Kehrer rapporte également l'observation d'un délire de relation qui avait sa source dans un conflit conjugal. Grete Huld, âgée de 40 ans, femme d'un sous-chef de gare, était une femme menue, tendre, subtile, rougissant facilement. Enfant, on l'appelait déjà la « timide Grete ». Elle a toujours été très consciencieuse et se confessait avec une scrupulosité extrême. En outre, elle avait des tendances idéalistes, avec des aspirations vers le mieux, le large, l'élevé, vers les milieux sociaux supérieurs. Cette observation fait ressortir de façon très caractéristique le contraste typique entre la subtilité psychasthénique et le dynamisme des aspirations élevées avec une tendance à une surestimation de l'élément moral.

Son mari était un homme insignifiant, aux instincts affaiblis ; il ne voulait pas avoir d'enfants. Le délire de relation s'installe chez cette malade à l'instar du délire des masturbateurs, et comme chez ces derniers, a été facilité par la lecture des éditions de vulgarisation d'initiation sexuelle (le livre de Platen sur *Les maladies et la vie conjugale*). Le point de départ de sa maladie, ce sont des relations prohibées qu'elle considère comme nuisibles à la santé, immorales et contraires à la religion. Elle s'aperçoit alors qu'on fait des allusions au sujet de sa vie conjugale malheureuse, qu'on la considère comme une fille publique, qu'on se raconte, dans un cercle féminin, qu'il y a quelque chose de suspect dans ses rapports conjugaux, on lui fait discrètement comprendre qu'elle emploie des moyens abortifs ou anticonceptionnels.

A ceci, comme il arrive souvent, s'ajoute une psychose de désir, un délire érotomane qui a pour objet un prêtre catholique et un pasteur protestant qu'elle espère épouser. Il s'agit ici, d'après les considérations justes de Kehler des phantasmes délirants de désirs, esquissés de façon relativement peu fixe. Il en découle un délire où on trouve une association des idées des grandeurs et de persécution, lié à l'idée de l'autovalorisation accentuée dans le domaine politique et religieux. Ici, nous voyons encore la tendance à passer du domaine érotique au domaine religieux.

Le traitement psychique a amené une amélioration. La malade « se soumet à son sort ».

Nous terminons notre série d'observations par la description d'un délire de relation érotomane d'une veuve.

Mme Lina Waldburg, veuve de guerre, âgée de 33 ans, a été admise à la clinique des maladies nerveuses de Tübingen en hiver 1921-1922. Elle s'était mariée deux ans avant la guerre. Son mari fut tué dès les premières hostilités ; elle l'aimait et le regrettait beaucoup. Depuis 1920, elle s'était éprise aveuglément et passionnément d'un homme laid et grossier, qui ne pensait pas au mariage ; c'était un coureur qui avait la même attitude vis-à-vis de toutes les autres femmes. Elle s'étonnait elle-même de pouvoir aimer un homme d'un caractère aussi grossier ; toutes ces années, d'ailleurs, elle avait mené une vie rangée et retirée. Toutefois, cet homme était un beau parleur et il avait des yeux qui la captivaient. « Elle n'avait qu'à le regarder dans les yeux et l'image de son mari était « décapitée ». » Elle était complètement à la merci de cet homme. Elle l'aimait encore plus que son premier mari bien qu'il fût « comme une bête et qu'il ne savait pas ce que c'était l'amour ». Elle cherchait à se libérer

de lui et lui avait envoyé des lettres de rupture à plusieurs reprises, puis renouait et repoussait de nouveau son amant. Elle finit par rompre définitivement. L'homme en était très offusqué ; elle, elle ne peut l'oublier jusqu'à ce jour. Depuis lors, elle pensait qu'il la dénigrerait devant tout le monde ; qu'il la suivait et crachait derrière elle ; ce qu'il niait lorsqu'elle lui en parlait. Comme elle lui avait raconté un essai de fellation de son premier mari, elle croyait qu'il l'avait répété à tout le monde. Elle s'en rendait compte à différents indices. Par exemple, les gens mettent leur doigt dans la bouche lorsqu'ils la rencontrent. Personne ne la salue plus, on détourne les regards, on se frotte les yeux, d'autres toussent ou se mouchent.

Je vois tout cela, d'autres encore mettent leurs mains dans les poches ou se grattent. Ce fut ainsi tout le long du voyage jusqu'à Tübingen, et ici même, c'est pareil, on m'a poursuivie.

Quand elle a changé de train, une femme a dit : « Elle vient maintenant », et les gens se le répètent. On le sait déjà dans tout le pays. Elle s'en est aperçue dès son arrivée par le rire qu'on entendait à la clinique. Elle quitta la clinique, améliorée au bout de quatre mois, mais sans arriver à corriger ses idées. Toutefois, elle les envisageait avec calme ; ce n'est que par moments « qu'un sentiment de honte véritable l'envahissait ». Elle s'était petit à petit attachée aux autres malades et se montrait confiante envers elles.

Enfant, elle avait toujours été première en classe, bien qu'elle ait eu des difficultés à apprendre. Elle se donnait énormément de peine, voulait se faire apprécier et était très entêtée. Elle était calme et timide, toujours apeurée lorsqu'on lui adressait la parole. Tout ce qu'elle faisait devait être très bien fait, mais le travail ne lui procurait aucune joie, car elle vivait dans la crainte de ne pas en venir à bout. Délicate et anxieuse, elle se plaignait constamment d'avoir un sentiment d'insuffisance et ne voulait pas se remarier pour cette raison, car, croyait-elle, « tout homme sera déçu » en l'épousant. Peu après son mariage, elle a eu une fausse couche, ce qui l'avait un peu déprimée. Elle n'a pas d'enfant.

A l'origine de ce délire de relation, on trouve une liaison amoureuse grossière et sensuelle, d'une extrême ambivalence et rejetée par la malade avec vigueur du plus profond d'elle-même, liaison qui ne s'accorde pas avec le niveau de la personnalité de la malade. On perçoit nettement des sentiments de culpabilité à l'égard de son mari défunt.

CHAPITRE VI

CONFLITS PROFESSIONNELS

Les formes des délires décrits dans les deux derniers chapitres possèdent chacune une empreinte sensitive circonscrite et autonome. Elles mettaient en évidence un type humain et social déterminé, placé devant un problème moral déterminé. Dans ce sixième chapitre, nous quittons le domaine de l'éthique sexuelle et présentons deux hommes qui tranchent nettement l'un de l'autre, aussi bien en tant qu'individus, que par leur situation sociale et par la relation de la psychose avec l'expérience vécue. Toutefois, leur maladie a une base commune, notamment la lutte intérieure pour leur idéal et pour leur honneur professionnels.

Nous rapportons, avec beaucoup de réserve, les deux tableaux cliniques suivants : l'un est de Gierlich et concerne le conseiller d'État X..., l'autre est de Friedmann et se rapporte au tourneur sur bois L... Les données que l'on trouve dans ces deux observations, ayant trait aux bases caractérielles et à l'élaboration de l'expérience intérieure, sont nettement insuffisantes pour que l'on puisse se faire une opinion exacte sur l'appartenance de ces malades à notre tableau clinique. Néanmoins, les analogies cliniques sont si nombreuses que, de toute façon, nous pouvons, selon toute vraisemblance, considérer ces deux cas comme proches des nôtres.

On devra admettre que le sentiment d'insuffisance humiliante peut éclore chez les sensitifs, non seulement dans le domaine de l'éthique sexuelle qui s'y prête tout particulièrement, mais qu'à l'occasion il peut naître également dans d'autres domaines importants de la vie. La maladie du conseiller d'État de Gierlich débuta par un état paranoïde réactionnel, au moment où son orgueil a été mortellement blessé par une interruption brutale de sa carrière de fonctionnaire. Il s'agissait ici, comme

dans tous les cas cités, d'un événement d'importance capitale pour la vie psychique de l'individu. On peut facilement imaginer que pour un être sensitif une humiliation dans le domaine professionnel ne sera pas ressentie simplement comme un ennui extérieur, mais que cet épisode sera intériorisé moralement comme un sentiment d'insuffisance humiliante. Une promotion attendue et non obtenue sera ressentie comme une conséquence de l'insuffisance propre à sa personnalité. Il se crée alors la même disproportion entre l'idéal que l'individu s'était fixé et la force dont dispose sa personnalité que lors des conflits sexuels. Il faut toujours supposer dans ces cas, que le maintien en activité n'est pas envisagé principalement comme une affaire de prestige, mais comme un postulat personnel inhérent à l'éthique du sujet.

Il est probable que telle était, en effet, la base du conflit psychique dans le cas de Gierlich, car le *moment asthénique*, en espèce la *culpabilité* du sujet ressort fortement dans la structure de ce délire. Nous avons étudié en détails toute l'évolution de ce phénomène chez Hélène Renner et chez la fille du forestier. Si le conseiller d'État avait eu une névrose de combat, on aurait trouvé à l'origine de sa formation délirante un reproche violent lié à l'injustice immense dont il était victime, et non un complexe d'auto-accusation et de scrupulosité. En ajoutant quelques touches psychologiques imperceptibles, nous nous représentons l'élaboration de l'expérience vécue par le sujet de Gierlich comme suit : « Après son éviction », comme il dit lui-même, le conseiller d'État ne peut se libérer du sentiment humiliant de son incapacité dans l'accomplissement de tâches professionnelles plus importantes.

Lorsque le malade, après les soucis qui l'avaient accablé en été, s'était senti amoindri physiquement et psychiquement, les sentiments douloureux et pénibles apparaissaient plus souvent et étaient plus accentués. Le conseiller était sous leur emprise des journées entières et ne pouvait s'en débarrasser.

Le retour compulsif de ces idées est extériorisé par un complexe de symptômes névrotiques. Cet état se maintient jusqu'au moment où, arrivé au point culminant de son évolution, il se produit une inversion : l'expérience intérieure primaire devient alors une expérience concrète secondaire, le sentiment que : « Comparé à mes collègues, je suis un homme maladroit, incapable. » Transféré dans le domaine concret, cela signifiera : « J'ai été stupide de fixer du regard la femme de ce collègue, je suis socialement compromis. » Un événement réel et insignifiant

de la vie quotidienne est donc chargé de toute la force de l'affect inhérent à la répression de l'expérience intérieure et devient ainsi un symbole ou une idée de couverture (rappelons-nous le serpent de la fille du garde forestier). De ce fait, son importance dans le délire devient extrême. Ceci n'est d'ailleurs qu'une exagération morbide d'un mécanisme psychologique normal et connu. Lors d'une tension pénible des affects, chaque fait banal de la vie quotidienne qui se trouve dans la sphère de ces affects, devient une preuve importante et concrète, revêtue d'une signification disproportionnée à cause de l'auto-dépréciation du sujet. Ce manquement au savoir-vivre, fait insignifiant, acquiert pour le malade la valeur d'un blâme et d'un mépris général. Le mari de cette femme, soi-disant offensée, organise une campagne de persécution contre lui. Plus encore, cette faute inexpiable oblige le malade de se séparer de sa propre femme, de quitter son service, etc. Il est intéressant de voir comment toutes ces séries d'idées se mettent, à vrai dire, au service de l'expérience intérieure humiliante que le sujet a réprimée et qui est liée à l'échec professionnel : les sentiments hostiles à l'égard du rival heureux, le désagrément de frayer par la suite avec la famille de celui-ci, le sentiment de honte devant sa propre femme, dû à son humiliation, le désir d'abandonner son poste. Ces représentations s'agglutinent avec toute la violence affective à un événement de couverture, ridicule et insignifiant en soi, notamment à un regard fixé malencontreusement. En raison de cette violence, ces représentations deviennent anormales, délirantes.

C'est par son regard que celui qui ressent une humiliation intérieure, une insécurité, pense se trahir devant ses semblables. Cette analogie psychologique est remarquable : un haut fonctionnaire d'État atteint de psychose, exprime son humiliation intérieure provoquée par un échec professionnel, par le même symbole que la petite employée de bureau exprime ses remords de conscience provoqués par un amour interdit. Hélène Renner condense en idée délirante une expression vague de son érotisme : elle croit avoir un regard sensuel. De la même façon, le conseiller d'État croit, dans son idée délirante, avoir offusqué par son regard la femme de son collègue. Il exprime ainsi la perte douloureuse d'un comportement social naturel vis-à-vis de la famille de son adversaire. Cette idée fantastique d'un regard chargé d'un affect erroné devient dans les deux cas le point central de tout un système délirant.

Dès que nous envisageons le cas présenté par Gierlich du point de vue du mécanisme sensitif de l'inversion, il nous devient extrêmement clair. Cet exemple renforce notre conception cli-

nique de ce mécanisme, et ceci d'autant plus que nous observons ici, exactement comme dans le cas Renner, que l'épuisement favorise la répression. Le malade, toujours facilement surmené, a été « exténué pendant des journées entières après un travail un peu plus prolongé ». Sans doute ici, chez le conseiller comme chez Hélène Renner, le fait de continuer le travail à l'endroit où il a subi la prétendue humiliation irritait l'affect. Et, lorsque chez le conseiller, de même que chez elle, il s'est ajouté à la composante d'épuisement affectif, un surmenage professionnel extrême (inspection de jeunes recrues et remplacement du chef), il s'est formé un délire de préjudice. Ses racines plongent dans une phase de neurasthénie antérieure au délire. L'observation ne nous dit pas jusqu'à quel degré les idées de relation s'y étaient intégrées.

La grande valeur que possède pour nous l'observation de Gierlich consiste dans ce fait que l'auteur apporte ici comme une preuve expérimentale sûre du rôle important joué par le facteur « épuisement » dans la constitution d'un délire sensitif : notamment par l'évolution du trouble « par périodes » ou pour mieux dire, par « récurrences ». Le premier accès paranoïaque, de courte durée, date de l'automne 1895, lors d'un voyage fatigant exigé par son service. Cet accès a une phase initiale nettement névrotique. Après une complète rémission, il se produit en 1896 un accès tout à fait analogue à la suite d'un voyage du même genre. En automne 1897, ce voyage n'a pas lieu, l'accès ne se produit pas non plus. En automne 1899, la psychose revient avec l'accomplissement d'un voyage en service commandé tandis que, la dernière année avant la mort du malade, en 1899, il n'y a pas de récurrences car, retenu par son travail, le conseiller ne fait pas ce voyage. Aucun doute ne peut subsister ici sur les relations de cause à effet.

Bien que l'épuisement nerveux ait joué un rôle d'importance capitale et manifeste dans l'éclosion de la maladie, il n'a pourtant pas encore été dans ce cas la cause primordiale du délire. Bien plus, il permet que germe la graine jetée dans le caractère sensitif par l'expérience humiliante. On aurait pu dire que le système nerveux de tels individus passe par une période anergique au moment d'un surmenage extérieur extrême et qu'il n'est plus en état de résister aux germes pathogènes d'une expérience intérieure, germes auxquels il est spécifiquement sensible. La neurasthénie ne prend pas nécessairement chez les individus sensitifs la forme d'une névrose de relation. Pour la plupart, elle n'agit dans ce sens que lorsqu'elle est précédée d'une expérience fortement chargée d'affects et uniquement lorsque

cette expérience se rattache à une insuffisance humiliante. De ce point de vue, la remarque ingénieuse de Friedmann que

le délire, au cours duquel le malade se croit observé, est la forme psychologique de l'hyperexcitabilité des individus à prédispositions paranoïaques

cadrerait bien avec cette conception générale.

Les deux autres cas principaux empruntés au travail de Gierlich ne seront pas étudiés en détails. Là, également, des états paranoïaques se produisent par crises, sous l'effet combiné d'un groupe de représentations fortement chargé d'affects et de fatigue nerveuse. Dans le deuxième cas, un riche commerçant, après avoir fait un mariage d'amour, ne peut échapper au sentiment secret de doute sur la sincérité de l'amour de la jeune fille pauvre qu'il avait épousée. Dans le troisième cas, il s'agit d'une dame de l'aristocratie profondément aigrie par des échecs successifs de sa vie mondaine. Les psychoses qui découlent de cet état de chose portent dans les deux cas sur le caractère d'une excitation agressive et coléreuse. (Dans le cas n° 2 sous forme d'une psychose de jalousie.) On peut donc affirmer que par leurs particularités cliniques, elles ne cadrent pas spécialement avec le délire de relation sensitif. Car, c'est ce dernier justement qui est très éloigné des formes graves d'expression agressive. Ces psychoses peuvent donc être considérées plutôt comme des réactions psychopathiques analogues, mais ayant une autre base caractérielle. Elles sont pourtant pour nous, comme beaucoup d'autres observations (délire de jalousie !), une preuve que le délire de relation sensitif n'épuise pas entièrement le domaine des réactions paranoïaques qui, du point de vue de la science du caractère, peuvent être encore circonscrites plus étroitement.

Nous rapportons, ci-contre, l'histoire du cas n° 1 de Gierlich.

Cas n° 1 de Gierlich. — Antécédents et état actuel au 24 janvier 1896. La famille de M. X..., âgé de 50 ans, haut fonctionnaire, est une famille de nerveux ; sa mère, et surtout son père, auraient été neurasthéniques au plus haut degré. Dans la famille du père on trouve deux cas de troubles mentaux.

Le malade a fait ses études au lycée, dans la section des humanités et se dirigea vers la carrière administrative. Il n'apprenait pas facilement ; les mathématiques surtout lui donnaient beaucoup de peine. Le malade faisait de bonne heure preuve d'une ambition extraordinaire. Il aurait toujours mené une vie assez calme ; ne supportait pas bien l'alcool. Il fumait, mais modérément. Il a poursuivi normalement sa carrière. Une fois seulement, il y a un an à peu près, il n'a pas eu l'avancement

auquel il s'attendait, ce qui l'affligea beaucoup. Depuis longtemps, le malade était souvent las à longueur de journée, notamment après des travaux un peu prolongés ; il était facilement irritable, se plaignait beaucoup de constipation. En dehors de cela, son comportement général ne présentait pas de troubles sérieux.

Depuis la mi-octobre, après un voyage fatigant qui avait duré plusieurs mois et avait pour but l'entraînement des recrues, voyage au cours duquel il menait une existence irrégulière et était souvent mal logé, le malade se plaignait d'un sommeil insuffisant, d'un manque d'appétit, de digestions difficiles, qui se prolongeaient pendant deux ou trois jours, d'un sentiment de peur, d'irritabilité, d'une inquiétude continuelle. Pourtant il faisait rapidement son travail, à condition de mettre à l'œuvre toute la force de sa volonté ; en dehors de son travail, il devait encore remplacer un chef.

Les derniers temps, il manifestait une méfiance à l'égard de son entourage, mais sans anomalies perceptibles de son humeur : ses manières étaient toujours correctes. Il y a quinze jours, pour la première fois, il a extériorisé devant sa femme des idées délirantes : il croyait être devenu indésirable, pensait que l'on voulait le priver de sa situation, bien qu'en réalité ce fût le contraire. En outre, pour son malheur, il avait compromis la femme d'un collègue, et justement de celui qui lui a été préféré lors d'une promotion. Il avait longuement regardé cette dame bien que sans aucune intention. Cela s'était passé il y a plusieurs semaines, lors d'une réunion mondaine. On s'en était aperçu, donc il a compromis cette dame et sa situation est devenue insupportable. Le mari ourdit, trame, petit à petit, un complot contre lui ; il voudrait l'obliger à quitter la ville et son emploi ; il désire sa perte. Le malade rend visite à la dame en question et lui demande pardon. Celle-ci, évidemment, ne comprend pas du tout de quoi il s'agit. Puis, il offre, à deux reprises, sa démission. Les deux fois, le président refuse de l'accepter, en donnant un avis très favorable sur son subordonné. Enfin, le malade explique à sa femme qu'il ne peut plus vivre avec elle, car il l'avait également compromise. Il lui doit réparation et va entamer la procédure du divorce.

État actuel. — Le malade est profondément plongé dans ses idées délirantes et il les extériorise avec une extrême vivacité sous la forme rapportée plus haut. Il doit fuir à l'étranger, la police peut venir l'arrêter d'un moment à l'autre. Toute une armée d'adversaires travaille contre lui, sa femme aussi participe maintenant à la conspiration. En dehors de cela, le malade est

tout à fait bien orienté dans le temps, l'espace, l'entourage. On n'a jamais observé ni auparavant, ni actuellement, soit une gaieté malade, soit une humeur dépressive, soit des barrages psycho-moteurs. La seule anomalie de l'humeur présentée par le malade est une méfiance accentuée jointe à une forte prédisposition aux crises de colère. Ces dernières, étroitement liées aux idées délirantes, sont entièrement conditionnées par celles-ci. Il n'y a aucun indice d'hallucination ou d'illusions ; on n'en a pas observé au cours de toute l'évolution de la maladie.

L'examen somatique met en évidence : haute taille avec forte ossature, important amaigrissement. Il aurait perdu 15 livres au cours de ces derniers mois. Peau du visage flasque ; le côté gauche est nettement moins accentué que le côté droit, même remarque pour les bosses frontales. Rien d'anormal au crâne. La voûte palatine est profondément ogivale, les oreilles petites, légèrement décollées. Les réflexes tendineux vifs aux extrémités inférieures et supérieures. R. cutanés normaux. Pas de troubles de la motricité, pupilles égales, un peu au-dessous de la grandeur moyenne, réagissent vivement à la lumière, convergence et accommodation rapides et amples. Le fond d'œil est normal. Rien à signaler au niveau des viscères.

Son état est resté stationnaire pendant neuf jours encore. On n'a pu trouver, malgré des observations et des recherches minutieuses, ni hallucinations, ni illusions. Puis, tout cet état menaçant change assez brusquement. Le malade commence à parler de l'une ou de l'autre de ses représentations délirantes ; du moins, il commence à en discuter ; l'humeur coléreuse faiblit ; trois ou quatre jours plus tard, le malade fait preuve d'une prise de conscience complète de sa maladie ; ce changement coïncide avec l'arrivée d'une lettre aimable de son président. Le malade est complètement conscient du caractère délirant de ses idées, il se rappelle tous les détails. Il n'y a pas d'amnésie. Il ne sait pas lui-même comment il a pu arriver à de telles suppositions ; encore actuellement au cours de ses accès, on ne trouve aucune trace d'hallucinations ou d'illusions. Le poids qui avait déjà augmenté, est redevenu normal ; l'état général s'était amélioré à vue d'œil : après quelques semaines, le malade a pu reprendre son activité. Il l'avait exercée jusqu'en automne 1896 en donnant pleine satisfaction.

De retour d'un voyage fatigant qu'il effectuait habituellement pour son service, les troubles nerveux de nature générale réapparaissent : lassitude, maux de tête, mauvais sommeil, manque d'appétit, constipation, inquiétudes, irritabilité : à la fin du mois de novembre, sans aucun signe avant-coureur de

caractère maniaque ou mélancolique, le malade développe les mêmes idées délirantes qu'il y a un an. L'accès atteint rapidement la même gravité que précédemment. Le complot s'organisait de nouveau sous la direction du mari de la dame qu'il avait offensée. On voulait le priver de sa situation, on voulait le perdre. Pour fuir ses persécuteurs, le malade offre de nouveau sa démission, mais comme auparavant on n'a pas accédé à ses désirs. Il ne pouvait plus vivre avec sa femme ; il l'avait beaucoup trop compromise, il commençait la procédure de divorce. De nouveau, perte de poids considérable. Une rapide séparation de son entourage a eu une influence si favorable que l'accès, précédé d'une période de délire qui dura quatre semaines, s'était amélioré assez rapidement, en l'espace de trois ou quatre jours. Le malade prit pleinement conscience du caractère délirant de ses idées. Aucune amnésie. Il lui est impossible de comprendre comment il avait pu concevoir de telles idées. Les hallucinations n'existent pas. Peu de temps après, il a repris de nouveau son service comme par le passé.

En été 1897, il se fait remplacer dans son voyage officiel, prend en automne un congé prolongé qu'il passe à la montagne. On n'observe pas d'agitation ni d'idées délirantes. Le malade rentre pour la Noël. Il se sent si bien qu'on n'a pu le persuader de renoncer à un voyage fatigant l'été 1898. Il s'agissait d'un entraînement de recrues, activité étroitement liée à son service. Ainsi, en automne 1898, après des troubles nerveux d'ordre général, les idées délirantes récidivèrent exactement dans les mêmes conditions que les années précédentes. Le malade était alors, pendant un certain temps, tout à fait absorbé par ses pensées et, brusquement, se mit à les extérioriser. Le complot ayant à la tête le mari de la dame compromise était de nouveau en action. On voulait le perdre pour s'emparer de sa situation et le déshonorer. De nouveau, des démissions furent envoyées. La procédure de divorce avec sa femme de nouveau entamée, afin d'expier sa faute de l'avoir compromise. Un changement rapide de milieu et une cure appropriée firent disparaître les idées délirantes en trois semaines. Trois ou quatre jours après, le malade acquit pleine conscience de sa maladie. Pas d'amnésie, tout point de repère pour les hallucinations ou les interprétations à caractère d'illusions manque. Il serait incompréhensible que le malade ait pu dissimuler ses idées dans les intervalles d'accalmie ; c'est absolument exclu. D'ailleurs, dans ses intervalles calmes, il voyait la femme de son collègue et se comportait de façon tout à fait naturelle à son égard. Interrogé, il répondait qu'il ne se sentait pas angoissé en face d'elle. Déjà, l'été 1899,

le malade fut atteint d'une maladie somatique et ne put assurer son service. On n'a observé aucune idée de persécutions. En 1900, le malade mourut d'un cancer probablement vésical.

L'état nerveux somatique restait toujours le même. Pupilles, réflexes, sensibilité, motilité — normaux. On n'a jamais constaté une hyperthymie réactionnelle. Le malade ne présentait pas d'oscillations anormales de l'humeur, son intelligence n'avait pas diminué sensiblement. Au contraire, il remplissait toujours avec exactitude les devoirs de sa charge.

Cas n° 3 de Friedmann. — Friedrich L..., tourneur sur bois (dans une fabrique de machines), âgé de 49 ans. Il existe une hérédité assez chargée : une grand-tante et un cousin du côté maternel étaient des malades mentaux. Lui-même est bien portant jusqu'à présent, très sobre, travailleur, moyennement doué, très bon et extrêmement sensible. A toujours eu un penchant pour les jeux d'imagination. F. L... nous a été envoyé le 22-11-1903 par l'ingénieur de l'usine, premièrement parce qu'il s'était disputé sans raison évidente. Habituellement, il se comportait de façon très convenable. Il travaillait depuis 14 ans à l'usine. Mais on s'était déjà étonné, depuis un certain temps, de le voir devenir entêté et maussade, ce qui n'était pas son caractère habituel. On avait découvert après un interrogatoire du malade et de sa femme, qu'il présentait depuis un an et demi environ des idées délirantes, provoquées directement par un événement précis.

A ce moment, une grève éclata à l'usine. D'ailleurs, elle se termina rapidement. Le malade n'y adhéra pas et, lors d'une réunion d'ouvriers, il a été publiquement et à tort appelé « traître » par un camarade. On l'avait soupçonné d'avoir dénoncé les autres en transmettant aux contremaîtres les renseignements qu'il possédait. Il n'a pas assisté à la réunion, mais étant honnête et d'honneur pointilleux, cet événement l'avait beaucoup touché. Il n'a pu fermer l'œil les trois nuits suivantes, cette idée le poursuivant tout le temps et partout. Il avait eu aussitôt une explication orageuse avec ses camarades. Ceci l'avait bouleversé pour longtemps, car de par sa nature, il aimait beaucoup la tranquillité. Environ quatre semaines après, il était avec sa famille dans une auberge et était très énervé. Il ne dormait toujours pas bien. Tout d'un coup, il fut pris de peur ; la salle était archi-pleine et les bruits des voix l'étourdissaient formellement. Sur ce, plusieurs jeunes gens entrèrent brusquement et il lui semblait qu'ils appartenaient à la police secrète et qu'ils venaient l'espionner. Il précipita le départ pour cette raison

et se sentit plus calme dehors. En outre, de temps à autre, il avait des perceptions étranges, par exemple, lorsqu'il traversait le jardin du château, il rencontrait assez souvent un monsieur âgé qu'il prenait pour le président du tribunal. Parfois, la nuit il « s'entretenait » avec lui « comme si » l'autre était présent, comme s'il lui exposait l'affaire de la grève et l'affront qu'on lui avait fait. Lorsqu'en allant à son travail, il traversait le pont sur le Rhin, il lui arrivait de croire de temps en temps que les passants toussotaient et crachaient. Cela l'énervait toujours et il regardait sévèrement les gens.

Pourquoi ce grossier personnage crache-t-il devant toi, tu n'as pourtant rien fait de mal (monologue).

Au travail également, qu'il continuait à exécuter avec le même zèle, il lui arrivait d'avoir certains jours des idées bizarres.

Une fois, il lui vint à l'esprit que ses idées lui étaient « imposées ». Notamment, de temps en temps, cela l'énervait lorsqu'il faisait trop froid à l'atelier et dans son énervement il supposait qu'on lui jouait un tour. Puis, une fois, on avait laissé pénétrer dans les locaux la vapeur des appareils à chauffage (c'étaient les machinistes qui l'avaient fait). Il pensait alors que ses camarades avaient « deviné » ses pensées et pour cette raison avaient ordonné de chauffer les salles. Maintenant, il lui était désagréable d'entendre les jeunes gens causer à voix basse à l'atelier. Il s'énervait et pensait en lui-même : « Maintenant, ils parlent de toi ; ton affaire va se décider à présent. » En outre, comme ce dernier temps son ouïe avait baissé, il était de plus en plus mal à l'aise. Incidemment, il accusa un frémissement musculaire au bras et au corps et il crut de nouveau que c'était l'effet des courants électriques ; il l'interprétait de la même façon lorsqu'en toussant il voyait des étincelles devant ses yeux. Si les gens le fixaient, il croyait qu'il serait hypnotisé, il se rappelait qu'un de ses fils lui avait raconté quelque chose de ce genre. Une fois, il hésita même à téléphoner à son fils à Wurzburg, car à ce moment, il lui semblait que l'autre savait, sans cela, à quoi il pensait, parce qu'il était informé par des espions. Il s'imaginait assez souvent, en lisant les journaux, que certaines remarques, par exemple au sujet d'un crime, le visaient et que c'est seulement par mesure de prudence qu'un faux nom avait été employé à la place du sien. En liaison avec ces idées, il se rappelle qu'il avait été arrêté injustement il y a une vingtaine d'années. Il avait affaire assez souvent, dans ses idées, à la « police secrète ». Ainsi, a-t-il entendu une fois un passant dire « policier » et, immédiatement il pensa que lui-même était devenu, sans qu'on

le sache, un agent de la police secrète, qu'il devait surveiller « les autres gardiens de la paix ». Même lorsqu'il s'agissait des nouvelles de la guerre russo-japonaise, il lui paraissait de temps en temps, qu'il prenait part à cette guerre d'une façon quelconque, mais il ne savait pas lui-même comment cela pouvait se faire.

La juxtaposition de toutes ces idées peut donner l'apparence d'un chaos dans les pensées de cet homme. Mais il faut tenir compte de ce que l'apparition de toutes ces représentations s'étendait sur une période de un an et demi. En réalité, le malade continuait à bien assurer son travail et les idées ne se présentaient à lui que « tour à tour », tandis qu'il y avait des heures et des jours où tout était normal. En plus, il s'agissait toujours des suggestions rapides, il avait continuellement le net sentiment que ces idées lui étaient imposées, pour ainsi dire, comme s'il était obligé de penser de cette façon. En général, il mettait immédiatement en doute tout cela et cherchait à « réfuter » et « détruire » toutes ces idées ; cela lui réussissait, surtout lorsque la première colère était passée, par exemple après s'être mis en colère parce que quelqu'un avait craché devant lui. En réalité, il parlait de ces phénomènes avec une clarté et une sincérité étonnantes ; toutefois, il n'avait pas encore pensé que son état puisse être maladif. Mais ses proches, auxquels il était tendrement attaché, le lui répétaient sans cesse et il avait l'impression que nous-mêmes, nous le lui confirmerions certainement. Toutefois, il était tenté de croire que les choses pourraient être telles qu'il se les représentait.

Entre-temps, son excitabilité ne faisait qu'augmenter, son sommeil était médiocre et limité à trois heures par nuit, ses forces déclinaient ainsi que sa résistance physique et psychique au travail. Pourtant, il n'a eu d'hallucinations ni sensorielles, ni psychiques. Cependant, il n'aurait pas interrompu le travail de lui-même. L'altercation dont il a été question plus haut lui en a fourni le prétexte. Il s'était trompé dans son travail justement parce qu'il s'était énervé en voyant que le contremaître s'occupait continuellement de son camarade, précisément de celui qui avait porté l'accusation contre lui et parce que, depuis ce temps, il avait pour ce camarade une antipathie invincible. Il a remarqué que lorsqu'il s'énervait, tout s'embrouillait dans sa tête ; aussi rabroua-t-il vigoureusement le contremaître en refusant de refaire le travail d'une autre façon. A ce moment, nous lui avons démontré qu'il était malade. En accord avec nous, il a interrompu le travail.

Depuis, il se promenait beaucoup, prenait des sédatifs

(codéine, bains) et a commencé, en général, à dormir beaucoup mieux. Il était devenu beaucoup plus calme. Toutefois, les idées du même genre que celles qu'il avait antérieurement, se présentaient à lui encore assez souvent. Elles se limitaient cependant presque exclusivement à deux catégories : il pensait encore un peu que les passants le fixaient ou que les conversations que les gens commençaient se rapportaient à lui ; que les gens « toussaient pour le contrarier » ; même il lui a semblé une fois qu'un des passants lui avait tiré la langue. Si, immédiatement après cela, on rencontrait le malade, on le voyait tout rouge, parlant avec excitation et énervement, de façon presque impolie ; il n'était pas capable de penser et de parler calmement tant il était énervé. Mais ce trouble de l'humeur durait à peine une heure, il « contes-tait » ensuite les faits en lui-même ou, du moins, s'efforçait de le faire. Il arrivait rarement qu'il demandât des explications aux passants pour savoir ce que ceux-ci lui voulaient. La seconde idée était plus tenace, notamment celle où il croyait être effectivement un agent secret, qui devait se faire craindre par les gens, l'idée qu'il rendait des services à la ville par la surveillance qu'il exerçait sur les constructions nouvelles, etc. Il se sentait intérieurement poussé à le faire et obligé de circuler partout. Même s'il examinait une vitrine, il pensait que c'était utile pour le commerçant ; lorsqu'il voyait circuler en ville un véhicule provenant de l'usine où il avait travaillé, il pensait qu'il exerçait cette surveillance dans l'intérêt de son chef. Du reste, son comportement n'a jamais vraiment attiré l'attention et il n'a jamais été cause d'un incident quelconque (dans la rue).

En réalité, il n'a jamais pris nettement conscience de tous ces phénomènes ; il était, à vrai dire, au-dessus de ces choses ; mais ces idées lui revenaient constamment, avec une telle force (« cela devrait être ainsi ») que, sur le moment, il y croyait de nouveau. Dans le courant des premières semaines du printemps, il s'était amélioré petit à petit. Particulièrement, les six semaines qu'il avait passées à la campagne dans l'Odenwald, lui avaient fait beaucoup de bien. Il n'avait presque pas d'idées anormales, on ne lui suggérait rien. Au début d'août, presque tranquilisé, il était rentré chez lui. Il avait perdu le goût du travail et maintenant ce goût lui était revenu ; il ne ressentait même plus l'irritation contre son adversaire. Il a repris le travail le 1^{er} septembre et tout allait bien depuis ce moment. Il ressentait tous les 8-10 jours un énervement à cause d'un geste de quelqu'un dans la rue, mais il pouvait vite se dominer. La guérison se maintient depuis huit mois.

Nous n'avons décrit que les grandes lignes des effets de

l'expérience vécue par ce malade. Le tourneur sur bois a été appelé traître au cours d'une grève. Ce qui avait occasionné un énervement profond et persistant. L'observation ne donne aucun point d'appui pour l'analyse d'une élaboration subjective de cette expérience. De toute façon, une grève doit nécessairement engendrer un conflit de devoir chez celui qui, intérieurement, ne se solidarise pas avec ce mouvement. Un ouvrier pacifique se verra obligé d'enfreindre les règles de la camaraderie ou d'agir à l'encontre du dévouement qu'il a pour son patron. Dans un tel conflit, un homme honnête et consciencieux, comme L... échappera difficilement à des hésitations ou, parfois, à un sentiment d'insécurité intérieure ou aux reproches qu'il aura à se faire, un jour, de cette situation. Il est évident qu'un tel sentiment de culpabilité intime peut faciliter la naissance d'un sentiment d'insuffisance humiliante. On comprend très bien la ténacité extrême des effets d'une insulte précise tombée sur un terrain si bien préparé.

Mais, tout ceci n'est qu'une supposition. Toutefois, nous aimerions bien rapprocher, pour deux raisons, le cas du tourneur sur bois du groupe de nos névrosés sensitifs. Il y a une assez grande probabilité qu'en le faisant, nous soyons dans le vrai. Premièrement, les brefs renseignements sur son caractère correspondent au tableau caractériel typique, qui nous est déjà bien connu, de notre groupe. Le tourneur est décrit, d'une part comme ayant une âme très sensible et faisant grand cas de son honneur ; on fait ressortir son assiduité au travail et la fermeté de ses conceptions morales. Ensuite, la façon même dont se constitue son délire, la grande plasticité de celui-ci, les oscillations de sa réactivité, les appréciations fluctuantes du réel, la tendance à la correction spontanée et le parallélisme associatif avec des idées obsédantes, tout ceci nous montre une ressemblance profonde avec nos autres cas.

Le nom de névrose convient, d'après nous, le mieux au tableau clinique qui évolue en tant que réaction à un chagrin éprouvé, où les éléments des représentations psychotiques se glissent « tour à tour », comme le dit le tourneur sur bois lui-même. Cette alternance des phases névrotiques et psychotiques dans la formation des affections délirantes chez des névrosés sensitifs, nous est rendue familière par les observations étudiées jusqu'à présent. Nous y avons vu, en tout cas, que les éléments de la maladie se présentent de telle façon que des phases névrotiques avec des idées de relation fugitives et corrigibles se placent au début ou à la fin des périodes prolongées d'une formation délirante paranoïaque un peu plus circonscrite. Ici, par contre,

nous trouvons un groupement particulier des états morbides, qui rappelle tout à fait l'évolution d'une névrose obsessionnelle. Les représentations morbides sont dispersées tout le long d'une période de un an et demi, apparaissent à intervalles de quelques heures ou de quelques jours, elles surgissent au cours des fluctuations des affects liées à la vie de tous les jours, comme des soupçons rapides, obsédants, de courte durée. Elles sont, pour cette raison, isolées et ne se lient pas en un système délirant circonscrit.

En bref, la maladie se structure comme suit : un affront subi au cours de la grève provoque un état d'extrême nervosité avec irritabilité, insomnie, une lassitude physique et psychique progressives. État qui subsiste pendant des mois et qui est toujours exacerbé à l'occasion de petites vexations de la vie professionnelle. Au centre de cet état nerveux se trouve le ressentiment harcelant provoqué par l'injure subie ; ce ressentiment se traduit par une méfiance et une irritabilité dirigées contre les compagnons du travail et s'exprime par une antipathie invincible à l'égard de l'adversaire. Finalement, le malade guérit sous l'influence des entretiens avec les médecins, sous l'effet du calme et grâce à un éloignement prolongé de l'usine, de l'ambiance qui suscitait cette irritation affective. Ceci est, pour ainsi dire, l'armature névrotique fondamentale de la maladie qui ne se distingue en rien d'une quelconque réaction psychopathique à une expérience vécue fortement chargée en affects. Dans cette charpente de base, les éléments des représentations délirantes se sont cantonnés en prenant les formes des idées envahissantes.

Les groupes de représentations délirantes prédominantes dérivent directement de l'expérience pathogène : la méfiance générale et le mépris dont le malade était l'objet découlaient de son comportement au moment de la grève ; on crache devant lui, on parle de lui, on l'épie, on l'observe, on cherche à lui arracher ses pensées les plus intimes. Les idées concernant les magistrats et la police secrète se trouvent très probablement en relation avec ce sentiment latent de culpabilité. Cette unité complexe, dont les racines plongent dans l'expérience vécue se transforme à certains moments en éléments dissociatifs et fantastiques : le malade dit que ses idées lui sont « insufflées » ou « inspirées » par ses camarades, qu'on lui envoie de l'électricité, qu'on l'hypnotise. Ces traits catatoniformes ne pourront plus nous déconcerter après l'analyse de la psychose d'épuisement d'Hélène Renner. Les bruits entendus confusément, le sentiment d'affluence bizarre des gens dans la pièce au début de la névrose appellent mot

par mot l'expérience analogue de Hélène Renner au cours de son voyage à la maison de repos. Nous retrouvons en abondance chez le tourneur sur bois les associations obsédantes banales, le « manque de résistance associative » comme nous l'avons constaté chez Hélène Renner : il inspecte les maisons en construction, les vitrines et les machines en prétendant que c'est utile ; ou en lisant les nouvelles de la guerre russo-japonaise, il croit y participer lui-même. De tels groupes de représentations sont analogues par leur contenu aux idées propres à la schizophrénie (envoi d'électricité, être hypnotisé) ; de même que par leur caractère subjectif d'étrangeté et de contrainte. Si l'on veut, on peut bien les considérer comme « type de réaction schizophrénique » apparaissant au point culminant de l'excitation. Ils sont pourtant essentiellement différents des groupes de schizophrénies processuelles plus graves, car il leur manque la certitude inconditionnée de la réalité de l'expérience. Ceci ressort nettement de l'observation :

Il n'a jamais eu une nette conscience de ces choses ; mais les idées revenaient toujours avec une telle force, que sur le moment il y croyait toujours. En général, immédiatement après il en doutait, cherchait à se contredire et à chasser l'idée ; et cela lui réussissait, surtout lorsque la première colère était passée.

On reconnaîtra facilement dans la description de cette transition mouvante des représentations délirantes en représentations obsédantes, une des caractéristiques de notre tableau clinique.

CHAPITRE VII

LES VARIANTES CARACTÉRIELLES

Nous avons considéré jusqu'à présent le caractère sensitif comme une sorte de grandeur constante, et, en effet, nous avons pu voir comment des traits isolés de personnalités sensibles s'apparentent entre eux jusqu'à leurs nuances les plus subtiles et les plus personnelles. Nous avons établi le groupement des affections propres à ces personnalités, en tenant compte des effets de l'expérience vécue et, en partie, des influences du milieu, qui conditionnent les différences entre ces maladies. Dans les chapitres suivants, nous verrons comment se modifient les tableaux cliniques lorsque le caractère qui leur sert de base est lui-même changé, lorsque, au caractère purement sensitif, que nous avons considéré jusqu'à présent, en faisant abstraction de l'appoint d'autres éléments, s'associent des traits propres aux autres formes caractérielles particulièrement au groupe primitif et expansif. Ou bien lorsqu'on trouve dans la même personnalité des composantes caractérielles entières et achevées, mais formant comme un corps étranger et totalement opposées au côté sensitif du caractère. Nous ferons donc connaissance, dans les deux cas principaux, celui de Kluge et celui de Wagner, avec des personnalités particulièrement compliquées ayant présenté des revirements surprenants et intéressants de leurs psychoses paranoïaques, comme par exemple le délire des grandeurs de Kluge ou l'issue brutale et expansive du délire de relation sensitif de Wagner. Le point de gravité des cas intermédiaires, comme celui de Urban et de Held, tombe en dehors des limites du groupe sensitif ; ils représentent plutôt des personnalités primitives dont le psychisme comprend encore autant d'éléments sensitifs intériorisés qu'il est nécessaire pour donner à leurs réactions affectives la marque des idées de relation asthéniques. Il est important de pouvoir faire connaissance avec cet ultime rameau de réactivité sensitive.

Le Dr Karl Kluge est né le 12 août 1875, c'est un important magistrat. Il s'était présenté à la clinique à la suite d'incidents extraordinaires et spectaculaires. Le propriétaire de la maison qu'il habitait l'accompagnait. En même temps, son médecin nous a communiqué ce qui suit : « Le Dr Kluge a eu ces dernières années une liaison avec une femme mariée de X... ; pour diverses raisons, cette liaison est passée par une période difficile. Dernièrement, le comportement de Kluge à l'égard de cette femme a été inégal ; il avait l'intention de rompre avec elle, mais n'est pas parvenu à réaliser cette rupture. Lorsque la femme a voulu, un beau jour, prendre une décision ferme, il l'a menacée (il avait pris rendez-vous avec elle, lui a fait une scène atroce, menaçant de la retrouver même s'il devait la chercher pendant dix ans ; il aurait toujours porté du poison sur lui). Les choses en arrivèrent au point que la femme, par crainte de représailles, alerta la police. Le Dr Kluge fut alors assigné au tribunal de X... et y a exposé son cas. Cette affaire était un coup tout à fait inattendu pour lui ; il en avait été complètement anéanti et parce que la femme avait fait des confidences à des tierces personnes et parce qu'il craignait que tout ne soit découvert et qu'il ne perde sa situation. Cette catastrophe a éclaté il y a huit jours et il m'a tout avoué : son comportement n'était pas celui d'un homme ; il était complètement désemparé, perplexe et découragé ; il craignait de devenir fou. »

Jusque-là, l'état de Kluge serait psychologiquement compréhensible. Deux jours après, nous avons reçu une lettre de l'ancien médecin de la famille Kluge. (Cette lettre nous a appris que les démêlés avec la femme mariée s'étaient extérieurement bien arrangés pour Kluge et qu'il n'avait plus maintenant aucune raison de s'inquiéter.) Les personnes intéressées ne lui gardaient plus rancune. Malgré ces bonnes nouvelles, l'état de Kluge ne s'est pas amélioré. Il a toujours peur, car il croit que la femme veut le rendre fou, il croit avoir un début de ramollissement cérébral, il nous demande de lui faire des injections de Ehrlich-Hata.

L'appétit est médiocre, le sommeil mauvais. Au cours de la conversation, Kluge cesse brusquement de parler et nous regarde d'un air absent ; il se reprend après quelques minutes seulement comme s'il avait eu un étourdissement et dit : « Pardon, je n'ai pas pu bien vous suivre. » Manifestement, il existe un état de profonde angoisse. Le malade présente également des illusions. Kluge pense qu'il y a dans la pièce voisine des gens qui l'observent, il tressaille au moindre bruit à la porte comme s'il s'attendait à voir des persécuteurs. Il entend le bruit de « tic-

tac » dans la pièce à côté, il croit que l'on tape à la machine à écrire, comme si quelqu'un prenait des notes à son sujet. Il croit que quelqu'un a fouillé dans sa malle, etc. Cette nuit (11/12-1910), il nous a fait brusquement appeler et nous a dit qu'il avait eu une crise de tremblement convulsif dans les jambes et une oppression cardiaque ; il craignait que nous n'ayons envoyé précipitamment un ordre télégraphique de l'arrêter. A d'autres moments, il est de nouveau calme et se tient tranquille en présence de sa famille ou des étrangers.

Il y a cinq ans (avant l'adultère), Kluge a fait un séjour dans une maison de repos. Il présentait alors des idées de persécution peu graves. Depuis sa liaison, il y avait toujours deux personnalités en lui : d'une part, son esprit était constamment préoccupé de sa maîtresse, dont il pouvait seulement à grand-peine détacher ses pensées ; d'autre part, il fallait qu'il continue à remplir les charges de ses fonctions. Il racontait des choses intéressantes à ce sujet : pendant quelques années, il assumait le poste de procureur, mais pouvait suivre des débats qui se déroulaient devant lui en infime partie seulement, tant il avait l'esprit ailleurs. Ce n'est que de temps en temps qu'il retenait certains fragments des débats et les utilisait dans ses interventions qu'il prononçait d'une voix haute et très ferme. Il avait mené une vie atroce ; il faisait face à ses obligations professionnelles (il avait la réputation d'être un bon juge, mais paraissait souvent bizarre) et en même temps pensait continuellement, avec une grande irritation, à sa liaison. Il avait des remords de conscience. Il aimait beaucoup cette femme et n'avait pu s'en détacher bien qu'il ait essayé souvent de le faire.

Tels étaient les renseignements donnés par le médecin. Immédiatement après les faits rapportés, le Dr Kluge se présenta à la clinique avec le propriétaire de la maison qu'il habitait. Celui-ci, qui le connaissait depuis longtemps, le décrit comme un homme extrêmement cultivé, plein de zèle et de dévouement dans sa vie professionnelle ; il élaborait ses jugements avec soin et exactitude. En général, il était très ponctuel. Sa nervosité et son irritabilité surprenaient depuis toujours ; il aurait été emporté et d'humeur changeante et tellement sensible qu'il ne fallait pas apporter le moindre retard pour le servir. Il se rendait compte lui-même de sa nervosité morbide et menait, pour cette raison, une vie sobre, strictement réglée. Ces derniers jours, son irritation augmenta sensiblement et, la nuit précédente, elle atteignit son maximum dans l'explosion brusque et intense de l'angoisse. A la suite de cette explosion, il eut des spasmes et des contractions dans les membres, ainsi qu'un raidissement

de tout le corps : d'une voix autoritaire et affectée, il demandait l'arrestation d'un homme de X... ; il déclarait être empoisonné. Il épiait avec angoisse chaque bruit, croyait entendre le bruissement de robes de femmes dans la pièce voisine, prenait pour des personnes qui le poursuivaient les vêtements accrochés au portemanteau ; mais reconnaissait sa méprise après de calmes persuasions. Il devint tranquille vers le matin ; il fit alors connaître son désir d'entrer à la clinique, comme le lui avait conseillé son médecin. Son propriétaire l'amena à la clinique de Tübingen et le malade, bien que très troublé, s'entretint de choses banales tout le long du voyage.

Il faut tout de suite ajouter ce que le sujet nous a raconté de sa vie antérieure, au moment de son admission à la clinique ; les renseignements pris auprès des membres de sa famille confirment et complètent ce récit. Le père nous a appris qu'il y avait des tares héréditaires dans sa famille à lui. Lui-même était un commerçant énergique, ayant acquis une belle fortune dans le commerce avec l'Orient. Il se maria à un âge avancé, avec une femme qui était de 27 ans plus jeune que lui. C'était une femme robuste, alerte, avec de légères tendances hystériques. De 16 frères et sœurs du malade, 7 vivent encore. Le frère aîné mourut de tuberculose ; une sœur, malade mentale, mourut dans un asile. Le troisième frère est peu doué ; le quatrième se trouverait depuis dix ans à l'étranger dans un asile d'aliénés. Il avait un délire de persécution. Il serait tombé malade à l'âge de 28 ans, à la suite de la lecture des œuvres de Schopenhauer. Une sœur, morte actuellement, avait une maladie pulmonaire. Les autres frères et sœurs sont en bonne santé et exercent normalement leur profession.

Le malade lui-même, deuxième enfant par rang de naissance, a été depuis toujours le plus éveillé de ses frères et sœurs ; lui seul avait fait des études, parce qu'il se distinguait tout particulièrement par ses capacités. Il apprenait facilement, mais oubliait très vite. Dès son jeune âge, il avait un penchant pour des lectures peu recommandables : des poésies et des romans fantastiques qu'il lisait avidement la nuit, dans son lit. De l'avis du père, ces lectures étaient à l'origine de son imagination surexcitée. Son fils, disait-il, était depuis son enfance sujet à des peurs, surtout la nuit lorsqu'il couchait seul ; les contes que lui racontaient les bonnes d'enfants provoquaient en lui une excitation anxieuse ; en 1892, il eut une fois une crise de terreur nocturne. Il avait la réputation d'un garçon turbulent, très exubérant, coléreux également, mais somme toute, il était assez sage et poli. Appliqué au travail, doué pour la littérature, mais

peu doué pour les mathématiques. Depuis la puberté, d'après sa mère, il montrait un tempérament plus vif encore et plus nerveux. Il était autoritaire et susceptible, mais n'était pas méfiant, se disputait volontiers avec les domestiques, rentrait tard dans la soirée et prenait part à des beuveries interdites. La mère ne pouvait plus en venir à bout et l'avait mis dans un internat. A l'université également, il buvait démesurément, mais ne pouvait tolérer que de petites quantités d'alcool. Il mouillait son lit accidentellement jusqu'à l'âge adulte.

Pourtant, son équilibre nerveux commença seulement à être sérieusement ébranlé lors de la préparation des examens de 2^e année de droit, en 1903. Il dormait mal, se sentait fatigué, très distrait et incapable de se concentrer. Il devait se forcer au travail, son esprit était ailleurs, ce qui parfois le déprimait moralement jusqu'à en ressentir un dégoût pour la vie. Depuis cette époque, à peu près, il se sentait poussé à faire plus attention qu'auparavant aux bruits inhabituels. Tout ce qu'il entendait lui paraissait bizarre et l'idée lui venait parfois que ceci pouvait se rapporter à lui, même s'il savait que ce n'était pas le cas ; en outre, l'idée qu'on l'observait plus que les autres le faisait souffrir bien qu'il reconnût lui-même l'absurdité de ce sentiment. Il pensait toujours, surtout lorsqu'il portait l'uniforme, que l'on se retournait à son passage et qu'on l'observait ; il se rendait compte que cette idée était morbide et obsédante.

Il fut nommé juge immédiatement après les examens. A cette époque, avant les séances du tribunal, il devenait très anxieux et nerveux ; il avait une sorte de trac.

Au début de sa carrière, il était tourmenté par maintes inquiétudes, craignait, par exemple, de ne pas réussir dans ce qu'il faisait ; ce trouble ne l'abandonna même pas plus tard. Toutefois, extérieurement, il apprit à se dominer très bien. D'autres malaises nerveux étaient restés sans changement et avaient des fluctuations plus ou moins importantes. Il se sentait continuellement seul, ne pouvait établir un bon contact avec son entourage, était très sensible et irritable. En automne 1904, au cours d'un congé, il fit un voyage de deux mois. Ce congé, ainsi que la période militaire qu'il devait accomplir à la même époque, lui firent beaucoup de bien. Toutefois, il n'eut jamais plus un sentiment de bonheur véritable. Il souffrait continuellement en se rappelant la grave maladie de son père qui avait duré de longues années et en pensant à son frère tuberculeux ; en même temps, il avait également des inquiétudes de caractère hypochondriaque à son propre sujet.

En automne 1904, après une mutation, il présenta une

crainte obsédante, nullement justifiée, de son supérieur, avec lequel, d'ailleurs, il était en très bons termes et qu'il fréquentait souvent. Dès que celui-ci s'approchait, le malade était envahi, sans qu'une idée précise surgisse, par une forte oppression, par une angoisse, une inquiétude, ainsi que par un tremblement, que, toutefois, il dominait extérieurement. Cet état ne s'était pas amélioré avec le temps, mais le malade s'y était petit à petit habitué.

L'été suivant, en 1905, il remplaça un procureur. Cette tâche difficile avait vite fait d'épuiser sa résistance nerveuse. Tous les jours, avant qu'il ne se mette au travail, une oppression, une angoisse et une inquiétude atroces l'envahissaient. Pendant les discours officiels, il n'était pas maître de sa pensée ; son langage était distrait et confus. Il menait constamment une lutte intérieure contre son énervement. Son hyper-excitabilité augmenta en hiver. Un jour, au cours d'un interrogatoire, il perdit subitement le fil de sa pensée, fut saisi d'une vive angoisse, comme s'il allait être atteint de folie. La séance dut être interrompue, mais il put ensuite la suivre jusqu'à la fin. Depuis ce temps, il souffrit d'insomnies très graves ; le médecin ordonna des sédatifs pour calmer le cœur et lui prescrivit un congé prolongé. Le malade alla chez sa mère. Celle-ci raconte qu'il était à ce moment très surmené et surexcité. Il exigea que toute sa famille se conforme à ses désirs, fut très inquiet, de mauvaise humeur et souffrit d'insomnies. Il s'imaginait également qu'on l'épiait à la porte, la nuit ; par ailleurs, il ne présentait aucune idée de relation ou d'interprétation.

En 1906, de janvier à mars, il séjourna dans une maison de repos ; son état s'améliorait lentement, mais il n'y eut jamais de rétablissement complet. Notamment, le souvenir de la crise confusionnelle qu'il eut en séance en automne 1905, le poursuivit depuis ce temps continuellement, comme aussi la crainte subite d'être de nouveau arrêté et de devenir fou. La peur de la maladie mentale ne le quitta plus depuis cette époque ; entre-temps, d'autres idées hypocondriaques vinrent s'ajouter, celle de la syphilis, celle d'un ramollissement cérébral, de tuberculose ou d'une maladie rénale. Malgré cela, il assura son service sans interruption jusqu'à son admission à la clinique. Toutefois, il devait tout le temps lutter péniblement avec ses idées. Il pensait souvent que cela n'allait plus et qu'il fallait donner sa démission. Depuis 1904, il avait toujours mené une vie des plus rangées sous tous les rapports ; il se rétablissait bien surtout au cours de ses périodes militaires. Il fit connaissance de la

femme de son ami N... de X... en 1906 ; leurs relations étaient devenues des plus intimes depuis un an. Ce qui lui causait toujours de nouveaux énervements et des remords de conscience, jusqu'au moment où, finalement, survint la catastrophe relatée plus haut par son médecin.

Le Dr Kluge raconta son histoire peu de temps après son admission à la clinique, qui eut lieu le 12-12-1910. Il était, les premiers jours, animé, loquace, plutôt gai, parlait à voix haute et, la plupart du temps, dirigeait lui-même la conversation, récusait, avec doute et méfiance, les objections des médecins. Il parlait avec une très grande objectivité des choses passées bien que sans une complète prise de conscience de son état morbide. Il admettait que ses propres perceptions et idées de persécution étaient peut-être morbides ; toutefois, il croyait fermement que M. et Mme N... conspiraient contre lui : l'aventure amoureuse avec Mme N... lui coûterait sa situation ; la scène avec la police avait été provoquée intentionnellement ; le commissaire de police lui avait montré un album de photographies de criminels et des dactyloscopies pour le mettre à l'épreuve, pour lui faire comprendre qu'on était sur la piste de son crime. Tous les événements qui se déroulèrent à cette période critique avaient une signification déterminée ; par exemple, la rencontre fortuite d'un ami à H... : « Eh bien », dit-il brusquement, « peut-être même cette femme, avec son amour, voulait-elle seulement me tendre un piège pour me perdre ; peut-être s'était-elle moquée de moi, ne m'a-t-elle pas du tout aimé ». Un instant après, il rejette avec fermeté ce soupçon : elle l'avait aimé à la folie, de même que lui il l'avait aimée ; elle était son Destin. Toutes ses pensées tournent encore aujourd'hui autour d'elle. Il demande qu'un infirmier couche dans sa chambre, car il craint de perdre la raison.

Le matin suivant (le 16 décembre), le malade était bien disposé ; il avait dormi calmement, comme il ne l'avait pas fait depuis longtemps. Il se sentait beaucoup mieux. Il passa en revue les derniers événements avec un calme parfait (observations du médecin : prise de conscience accentuée de l'état morbide ; on a l'impression qu'il s'agissait seulement d'une élaboration psychogène d'expériences fortement chargées d'affects). Il avoua franchement avoir eu des illusions sensorielles et des idées imaginaires et morbides (également en ce qui concerne les incidents à la police), mais il se sentait actuellement tout à fait délivré de tout cela. Tandis qu'auparavant il était toujours en état de réprimer sa méfiance, lorsque des idées de ce genre surgissaient dans son esprit, les derniers temps, le bon sens et

l'exactitude du jugement l'avaient manifestement abandonné ; toute son imagination l'avait amené au bord de la folie. A la date du 16 décembre, on lit la note suivante :

La nuit il avait entendu un son bizarre et le bruissement de robes dans la pièce voisine ; ceci lui avait rappelé ce qui s'était passé auparavant ; pourvu que Mme N... ne se soit pas suicidée, pourvu qu'il n'ait pas à subir un interrogatoire. Une légère méfiance, inavouée, à l'égard de l'ambiance et au sujet de l'utilité de son séjour à la clinique. Se laisse facilement calmer. Ce seraient, dit-il, des idées dues à son imagination surexcitée. Au même moment où il les extériorise, il n'y croit plus : « Extravagances et absurdités », dit-il.

Le 20 décembre : la netteté de la prise de conscience de l'état morbide augmente ; complètement calme et discipliné. N'est plus exagérément vif et affairé ; son travail manuel et intellectuel est régulier (scie le bois, apprend l'italien), suit les prescriptions médicales avec la plus grande méticulosité. Il évite toute société car il craint que son séjour à la clinique ne compromette plus tard sa carrière.

Cet état dure jusqu'à la fin du mois ; le sommeil a été assez souvent insuffisant, le sentiment de malaise physique avait augmenté. Par moments apparaissait une légère méfiance, le malade se sentait oppressé, gêné, seul. Au travail, il était fort distrait et incapable de se concentrer ; ses pensées tournaient toujours autour de Mme N... ; il se fatiguait rapidement, ne progressait pas dans l'étude de l'italien.

Brusquement, le 1^{er} janvier 1911, il y eut un revirement subit. De grand matin, après une nuit agitée, il s'approcha précipitamment du médecin, tremblant de tout son corps et dans une agitation extrême : « Monsieur », s'écria-t-il, « ne vous moquez pas de moi, ne me poussez pas à bout » ! Il ne sait pas ce qui se passe avec lui, si on veut le rendre fou, ou s'il l'est déjà devenu. On se rendit compte que la cause de son agitation était un infirmier nouvellement arrivé ; c'était le premier jour que celui-ci lui donnait des soins. Il l'avait pris pour un détective, pour un commissaire de police de X..., chargé de le surveiller. Il connaît bien cet homme, il l'avait vu au commissariat de police de X... ; il se rappelle avec certitude, il a seulement changé sa moustache ; mais on ne le trompera pas avec si peu, les médecins et les policiers se donnent la main ; on veut le perdre. Il passe d'une supposition à une autre : on veut le soigner ici pour ramollissement cérébral. Mme N... s'est suicidée et on vient lui en demander compte ; il est perdu. Dans un état de grande angoisse, il implore le médecin de lui dire la vérité. Puis

il se laisse vite calmer ; il paraît avoir tout corrigé. « Maintenant, dès que j'ai raconté la chose, à vrai dire, elle me paraît absurde. »

Cette scène a été suivie d'une période d'inquiétude intérieure toujours grandissante et des tendances aux idées de relation, le malade interprétant tout événement, même le plus banal de la vie quotidienne :

Je vous assure, c'est extraordinaire, cela ne s'est jamais produit auparavant, cela ne peut pas être un hasard.

Un bruit entendu, lorsqu'il se tenait à la fenêtre, signifiait qu'il devait s'en aller ; les bruits dans le radiateur se produisaient pour le tenir éveillé ; l'arrivée d'un nouveau médecin de la maison de santé de W... signifiait son transfert immédiat à l'asile de W..., les enfants qui, dans la rue, se jetaient des boules de neige, étaient ici exprès, pour le viser. Les malaises physiques qu'il ressentait éveillaient en lui le soupçon d'être soigné par des médicaments mystérieux et par l'hypnose ; probablement que tout cela était fait à l'instigation de Mme N... ; elle exerçait toujours une influence néfaste sur lui ; il ne pouvait en détacher ses pensées ; qui sait si elle ne lui avait pas fait prendre une boisson érotique qui, maintenant encore, n'avait cessé d'agir. En même temps, il y avait en lui une lutte intérieure constante, entre le délire et la prise de conscience de son état morbide.

Le matin du 6 janvier, il crut percevoir une forte odeur de cadavre ; on avait dû faire une autopsie dans la pièce voisine. Mme N... serait morte et on aurait fait son autopsie ici pour qu'après il soit confronté avec le cadavre. Elle se serait suicidée et on voudrait le rendre responsable de ce suicide. L'arrivée d'un nouveau malade l'avait inquiété, car celui-ci était un parent éloigné de son ancienne fiancée. Il soupçonna fortuitement que cette arrivée avait rapport avec lui. Par la suite, dans la conversation avec le médecin, il corrigea ces idées. Ce seraient des « idées fixes » comme il en avait déjà eu il y a cinq ans à la maison de repos. Les jours suivants apportèrent de nouvelles perceptions bizarres : le bain était trop chaud, on avait dû se tromper en lui donnant le somnifère. Le médecin fut appelé à l'examiner tard dans la soirée, car il croyait avoir une tumeur syphilitique à l'anus ; il se croyait contaminé par Mme N... Deux enfants d'un malade chantaient dans le jardin ; il en fut sidéré, cela ne s'était jamais vu ; il lui semblait qu'il était fou. L'angoisse de perdre la raison l'envahissait. Maintenant, il cherchait à prendre contact avec d'autres malades, partait en promenade avec eux. Puis, de nouveau, il semblait entendre qu'on « machinait » quelque chose la nuit à sa porte, qu'il y avait du bruit derrière

la glace et qu'il y avait dans la pièce voisine un craquement, des coups, un murmure, un branle-bas des tables, toutes sortes de bruits bizarres. Brusquement, il fit part dans la conversation de l'idée que M. N... lui tendait des pièges, que c'est lui qui menait tout le jeu. Une autre fois qu'il pouvait bien être d'une autre origine, fils d'un prince, peut-être. La correction de toutes ces idées était ensuite totale. Il craignait d'être menacé d'un ramollissement cérébral, « son tissu cérébral était malade ». Autrement, il ne serait pas possible d'avoir des idées de persécution et de grandeur. Tout son être a changé, il le sent, il ne sait pas ce qui se passe en lui.

A partir du 14 janvier, le délire de relation s'accroît continuellement. Il eut l'impression que les autres étaient chargés d'introduire dans la conversation des mots se rapportant à son cas ; on voulait ainsi l'exciter et le mettre à l'épreuve, se rendre compte s'il s'en apercevait et s'il était encore capable d'avoir des sensations et des perceptions normales. La crainte de la contagion syphilitique par la faute de Mme N... le reprenait continuellement. Il était possible qu'elle ait eu des relations avec lui dans le seul but de le rendre syphilitique. Sa propre mère aurait pu s'entendre avec son ennemi mortel N... et ourdir un complot dirigé contre lui.

Le 17 janvier, il avoua à son médecin que, depuis longtemps, il lui avait, à plusieurs reprises, dissimulé ce qu'il éprouvait intérieurement. Il y a deux jours, au repas de midi, il eut brusquement, au milieu de la conversation, l'impression que l'on écoutait de la pièce voisine ce qu'il disait ; que l'on inscrivait ses propos en style télégraphique et qu'on les envoyait à X... Il entendit les mêmes signaux de morse qu'au début de sa maladie ; c'était comme si des gouttes d'eau tombaient de façon rythmique dans des conduites métalliques (bruit de radiateurs ?). En dehors de cela, il avait souvent l'idée d'être épié, c'était comme s'il y avait dans la pièce voisine un appareil magnétique qui enregistrerait toutes ses pensées ; toutefois, il ne percevait rien qui corresponde à ces idées. La présence d'un employé des Postes lui avait également fait penser que ses propos devaient être envoyés à X... La visite d'un secrétaire du procureur (le frère du précédent) lui avait fait soupçonner qu'il était envoyé ici d'office pour le surveiller. Il reconnaît aujourd'hui que toutes ces idées étaient absolument sans fondement et morbides.

Le comportement du malade, au cours de ces journées, était, extérieurement, tout à fait calme, il était discipliné et gai. Il avait fait venir des dossiers du tribunal et élaborait les jugements en retard, bien qu'il ait eu en le faisant le sentiment d'une

insuffisance profonde et d'une inhibition psychique. Il se plaignait de ce que, parfois, il n'arrivait pas à rassembler ses idées, qu'il ne comprenait pas les choses les plus simples, le sens de ce qu'il lisait lui paraissait bizarre.

Le 20 janvier, en lisant les journaux, l'idée lui vint brusquement que les journaux étaient arrangés de façon spéciale pour la « maison de fous » et en particulier pour lui ; les articles étaient à double sens pour mettre à l'épreuve son esprit critique et son jugement ; lors de l'entretien avec les médecins, il reconnut que cette « idée » était absurde et morbide. Par la suite, les lettres qui arrivaient à la clinique commencèrent à l'inquiéter. Il croyait voir sur toutes les enveloppes des écritures qu'il connaissait, supposait qu'il y avait un rapport entre les lettres et les personnes intéressées dans son aventure amoureuse. Il y avait tout de même quelque chose qui se tramait contre lui ; l'idée lui revenait toujours qu'il y avait eu un suicide ou un meurtre dont il devait être rendu responsable. Aussi, continuait-il à faire diverses combinaisons les jours suivants et, parfois, il ne corrigeait pas l'une ou l'autre de ses « idées ». A ces moments, il paraissait être très excité et sous l'emprise de fortes tensions intérieures. Il dormait mal, voulait s'en aller. Lors des visites de sa sœur, il l'accablait de reproches ; il lui en voulait de l'avoir mis en clinique et menaçait de partir, au besoin, sans permission. Le 23 janvier, après la visite de sa sœur, il eut une explosion de désespoir ; cette crise se termina par une forte crise de larmes. Il déclara à sa sœur qu'il se tuerait s'il savait qu'il devait avoir une maladie mentale incurable.

Il se calma les jours suivants et dormit mieux.

Le 28 janvier, un revirement surprenant se produisit. Tandis que, jusqu'à présent, il avait été déprimé, très soucieux de l'avenir, rongé par des doutes à propos de choses vagues et terrifiantes qui lui étaient arrivées ou qui auraient pu lui arriver, il se montrait maintenant très animé, conscient de lui-même ; la méfiance hostile semblait être tout à fait disparue. Le pavoisement du château lui laissait espérer un grand événement. Il déclara au médecin : les drapeaux sur le château signifiaient qu'il devait y faire son entrée ; il y a quelques jours, il avait déjà lu dans les journaux des allusions à ce sujet ; on ne cessait de parler de cette fête : le roi viendrait pour le recevoir. Il ne se prononçait pas sur la véritable signification de cet événement ; il ne paraissait pas y voir bien clair lui-même. Malgré sa certitude extérieure, il se montrait hésitant en exposant ses idées. Ses pensées délirantes n'avaient pas de liaisons intérieures entre elles ; il ne paraissait pas avoir une représentation nette des phénomènes

en question. Il confondait réalité et imagination, se contredisait lui-même de façon flagrante et déformait également les souvenirs récents ; il affirmait qu'il avait déjà su depuis quelque temps et qu'il prétendait s'être rendu compte que le grand jour arriverait pour lui, tandis qu'en réalité il était plein d'appréhensions anxieuses et de doutes. On n'a pas pu obtenir de lui des indications plus précises, mais il semble que le malade pensait être reçu par la famille royale. Le genre de la formation délirante était maintenant tout autre : fantastique, avec modifications brusques, elles se caractérisaient par une déformation marquée des souvenirs et un manque manifeste de sens critique à l'égard des idées nouvelles. Il ne se rendait pas compte des contradictions qui surgissaient du jour au lendemain dans ses idées, et s'il s'en rendait compte, il les négligeait froidement. Il n'était nullement gêné par la non-réalisation de faits attendus et annoncés par des innombrables allusions écrites et verbales. Elles étaient chez lui relativement peu chargées d'affects et contrastaient fort avec la méfiance tendue au plus haut degré du premier temps de son séjour à la clinique. Cette tension était alors telle que le médecin devait s'attendre à chaque instant à des explosions d'agressivité.

Subitement, l'épisode s'éteignit. Le 31 janvier, il ne s'en souvenait plus. Il avait oublié le pavoisement du château et les idées de grandeur qui s'y étaient greffées. Elles n'étaient plus réapparues. Il tournait actuellement de nouveau dans son ancien cercle d'idées. La maladie fléchissait lentement, mais de façon continue. Au centre de toutes ses pensées se tenait toujours Mme N... Il croyait que quelque chose se tramait contre lui, en liaison avec sa faute, et que les médecins, dans les meilleures intentions, le lui cachaient. Il ne supposait plus qu'on ait voulu attenter à sa vie, mais qu'on lui intenterait un procès pour adultère. Il interprétait toujours dans ce sens les entrefilets des journaux, le craquement du chauffage, etc., mais il se laissait plus facilement convaincre du contraire et il était plus influençable qu'auparavant ; il demandait aussi spontanément si, à vrai dire, il ne s'imaginait pas tout cela.

Depuis le 5 février, en relation avec un rappel à la période militaire, ses pensées commencèrent de plus en plus à se diriger vers un cycle normal d'intérêt ; des projets et des préoccupations liés à sa carrière administrative se placèrent alors au premier plan. Dans la conversation, il abordait le plus souvent lui-même les sujets professionnels, il désirait travailler, expédier les affaires retardées par sa maladie.

Il prit lui-même contact avec son chef et demanda ses dos-

siers pour compléter quelques jugements en suspens. Au cours de toutes ces démarches, qu'elles aient été faites par écrit ou verbalement, on ne pouvait trouver actuellement aucune trace d'anomalie, dans la mesure où elles ne touchaient pas son complexe morbide. Il prenait ses dispositions de façon calme et raisonnable. De même dans l'étude de la langue italienne, qu'il poursuivait avec un autre malade, le Dr K... avait fait preuve d'une grande énergie d'intérêt, de capacité de concentration et de fraîcheur d'esprit. Il essayait de lui-même d'écarter les pensées pénibles, bien qu'il n'ait pu encore tracer partout une ligne de démarcation nette entre ce qui était normal et ce qui ne l'était pas... C'était la raison pour laquelle il retombait souvent dans un état d'incertitude, d'inquiétude et de doute. Il commença à avoir honte des événements antérieurs, dans la mesure où il leur reconnaissait un caractère morbide.

Le 10 février, le médecin traitant nous disait avec quelle régularité le malade s'occupait des travaux de son service juridique. Il avait rédigé quelques sentences qui, d'après les renseignements pris ultérieurement, étaient élaborées avec soin, réflexion et conscience. Depuis lors, il évitait de parler de sa maladie et lors des visites médicales, il déviait tout de suite la conversation sur des sujets indifférents. Il pria même qu'on ne lui rappelât pas le passé. Les visites de son médecin de famille, puis d'un camarade d'études avaient eu une très bonne influence sur son état psychique. Surtout la visite de sa mère lui avait fait un grand bien. Ses rapports avec elle n'étaient pas très chaleureux, mais elle lui apportait des nouvelles sur ce qui se passait réellement à X..., ce qui l'avait beaucoup calmé, et c'est ainsi qu'une grande partie de ses appréhensions avaient disparu. Il a donc appris et s'est laissé convaincre que Mme N... n'a pas été tuée, qu'aucune plainte officielle ne le menace, et que personne ne parle de lui et de son histoire.

Depuis le 14 février, il faisait souvent part de son désir de quitter la clinique au plus tôt. Il pensait qu'il se remettrait plus rapidement dans une des villes d'eau du Midi qu'à la clinique dont l'ambiance lui rappelait, heure par heure, l'horreur de ce par quoi il était passé. Il faisait des promenades journalières avec un juge de la localité. Il était complètement délivré de son anxiété et de sa tension. Pourtant, par moments, il présentait une tendance à une méfiance générale, mais sans objet précis, aussi lui arrivait-il parfois d'extérioriser quelques fausses interprétations. Il racontait alors au médecin « qu'il avait eu hier une petite réchute », que, subitement, il avait remarqué des choses bizarres et suspectes, mais qu'il n'y avait prêté aucune attention.

Il prépara son départ pour la seconde moitié du mois de février. Il commanda des prospectus et des articles de voyage et se déclara tout à fait remis psychiquement, ne réclamant qu'une cure pour sa santé physique. En effet, ces derniers temps, on ne pouvait plus trouver chez lui traces de représentations morbides. Son humeur était égale. Il refusa une catamnèse détaillée, ces souvenirs lui étant encore trop pénibles. Son comportement psychique était tout naturel, ne présentait rien de saillant ; il était gai et confiant. Il avait une conscience de soi prononcée, était animé, actif.

Le 24 février 1911, il partit, avec l'assentiment du médecin, pour Méran.

Catamnèse 1917. — Le Dr Kluge a fait la campagne de Serbie et de Russie comme officier de l'armée active. Il envoyait dans son pays des messages relatant sa vie pendant la guerre. Ils étaient écrits d'un ton vif, montraient qu'il était en bonne santé physique et psychique. Nous les avons lus nous-mêmes ; on ne peut y reconnaître, ni dans leur contenu, ni dans leur style aucune trace de trouble mental. Le Dr Kluge remplissait de nouveau ses fonctions de magistrat et avançait dernièrement en grade dans son poste civil. Les gens qui le connaissaient dans ses lieux de séjours antérieurs soulignent sa subtilité et sa bienveillance. Mais, en général, malgré son amabilité et son aménité, il présentait une réserve aristocratique. Il appréhendait d'entrer en conflits ouverts et, en général, manquait de vigueur. La manière d'être du Dr K... pouvait *peut-être faire penser à certains qu'il était difficile et prétentieux*. Les gens du peuple pouvaient ne pas aimer son attitude distante. Il aurait été très sensible et susceptible, émotif, présenterait une vulnérabilité psychique. Il menait une vie retirée et très ordonnée. Son ancien propriétaire disait beaucoup de bien de son caractère. Il trouvait que le Dr K... était un homme irréprochable, de grand zèle professionnel et de très grande assiduité au travail. Il aurait un « cœur noble » et serait un « gentleman ».

Catamnèse 1926. — Le Dr Kluge continue à assumer ses fonctions de juge près d'un tribunal supérieur. Il s'est converti au catholicisme vers la fin de la guerre et maintenant très croyant, il va tous les jours à la messe. Il est marié et a deux enfants. Il s'est complètement séparé de ses beaux-parents et de ses amis de jeunesse. Les gens qui ne le connaissaient pas avant le désignent comme « très calme et toujours un peu bizarre ».

Donc, chez Kluge également la santé psychique s'est main-

tenue pendant 15 ans. La psychose paranoïaque n'est plus apparue. Le fait qu'il a pu continuer son activité professionnelle et qu'il a été capable de fonder un foyer, témoignent d'un équilibre psychique relatif. Toutefois, à l'encontre de nos autres cas, une certaine orientation schizoïde de la personnalité s'était fait jour dernièrement ; une certaine tendance à une originalité artistique ; toutefois, sans aucun signe processuel. Dans ce cas également, la tension due au conflit éthique s'est résolue en une sublimation de caractère religieux, accompagnée d'un trait de bigoterie accentuée. Ceci n'est certainement pas le fait du hasard.

Du point de vue diagnostique, le cas de Kluge est intéressant parce que dans ses grandes lignes et jusqu'à un certain moment, il présente le tableau de la vieille paranoïa classique. Lorsqu'un délire de persécution fortement teinté de méfiance, ayant à sa base un déplacement inexplicable de la relation entre le moi et le monde environnant, se fut changé en un délire des grandeurs prolifique, il ne paraissait aucunement douteux qu'un processus morbide implacable, alimenté par des causes intérieures, se fut emparé du cerveau du malade. A peine cette forme de maladie avait-elle eu le temps de se consolider qu'il se produisit un déclin brusque de tous les phénomènes morbides. Le malade quitta la clinique presque entièrement guéri et depuis lors, resta, de façon surprenante, capable d'assumer ses fonctions de juge et de remplir ses obligations militaires durant la guerre.

Ce qui pouvait, dès le début, infirmer le diagnostic de la « paraphrénie » (pour employer ce terme à la mode), et ce qui l'a infirmé c'était tout d'abord la polarisation presque continuelle de l'affect sur une expérience prévalente ; ensuite, et surtout, la correction complète des idées délirantes qui se produisait toujours, tantôt immédiatement, tantôt au cours des périodes d'accalmie. Ce flux et reflux continuels entre un jaillissement passionné des idées délirantes et de non moins vives rétractions de celles-ci se rencontrent à un degré à peine moindre dans des états psychiques processuels.

Dans le cadre de notre délire de relation sensitif, l'énigme que pose ce cas est vite éclaircie. Le Dr Kluge aboutit à un délire de relation en raison de la lutte intérieure qu'il menait vainement, pendant de longues années, pour rompre ses relations avec une femme mariée. Il ressentait cette situation comme déloyale et l'avait élaborée dans le sens d'une insuffisance humiliante. Donc ce cas est un simple pendant aux conflits éthiques à base sexuelle des vieilles filles et des masturbateurs. Les réactions neurasthéniques dues aux effets de la fatigue (examens,

remplacement du procureur) ne manquent pas ici comme non plus une tendance prononcée aux idées obsédantes (peur devant les chefs, trac). On peut y ajouter de légers sentiments de relation habituels ou des déviations hypochondriaques graves, telles que la crainte délirante de contamination syphilitique par Mme N... qui, psychologiquement parlant, peuvent être mises en parallèle avec les maladies imaginaires de la moelle épinière des masturbateurs. Les dispositions caractérielles de Kluge contiennent les traits fondamentaux d'une personnalité sensitive. Ce sont sa douceur, son extrême vulnérabilité et son manque de résistance psychique, ainsi que sa pédanterie, sa scrupulosité et son comportement aristocratique, sa conscience de lui-même et son sentiment pointilleux d'honneur.

Toutefois, une partie de la personnalité de Kluge déborde les cadres des sensitifs, ce qui confère à toute cette observation sa nuance spéciale, si on la compare à nos autres cas. Notamment, on observe chez lui, depuis sa prime jeunesse, une faible composante primitive à côté des éléments sensitifs. Il a été difficile à élever, coléreux, à la puberté il s'est montré enclin à des écarts de la conduite, parfois, il était autoritaire, prétentieux et querelleur ; « toute la famille doit se plier à lui » ; le médecin de famille nous raconte une crise de colère grave envers sa maîtresse. De tels traits d'un égoïsme dynamique et capricieux sont étrangers aux caractères sensitifs. D'un autre côté, il est significatif pour les lois spécifiques qui régissent les relations entre le caractère psychopathique et la réaction psychopathique, que cette enclave primitive dans le caractère de Kluge trace au cordeau toute l'évolution de sa maladie, à côté des formes caractéristiques d'expression sensitive.

Lors de l'élaboration de l'expérience, le motif égoïste, la peur purement extérieure d'être châtié et compromis ressortent déjà de façon suffisamment nette à côté du conflit éthique intériorisé psychiquement. La psychose elle-même prélude par une grave crise hystérique. L'explosion nocturne de peur s'accompagne de tremblement des jambes, de crampes et de contractions des membres, du raidissement du corps et d'affectation dans le langage. Plus tard aussi, lors d'une visite de sa sœur, on note une forte crise de larmes. On se rappelle que jusqu'à présent dans toutes nos histoires de maladies, les symptômes hystériques, tant soit peu importants, faisaient complètement défaut, à l'exception de Mlle Feldweg, qui présentait des crises hystériques. Elle était précisément la seule chez laquelle nous avons pu observer parmi les traits de caractère des éléments accentués d'égoïsme. Ce parallélisme entre les cas de Kluge et

de Feldweg confirme encore ce que nous avons exposé au deuxième chapitre, à savoir que les réactions hystériques sont l'apanage des psychopathes primitifs.

Nous devons également nous arrêter à cette phase remarquable de la psychose de Kluge, notamment celle du délire des grandeurs. Si nous y regardons de plus près, nous nous apercevons que ce délire ne se développe nullement avec la logique rigoureuse d'un délire de persécution, comme c'est le cas dans le délire de grandeur de la paranoïa classique. Au contraire, ce délire s'est inséré, en corps étranger, au cours de l'évolution de la psychose, évolution qui, par ailleurs, est continue, unifiée par des interrelations bien combinées. Ce délire forme un épisode strictement limité qui dure trois jours ; il a surgi brusquement et s'est évanoui subitement. La psychose de relation à base de mélanche poursuit ensuite son chemin comme si rien ne s'était passé. Une double amnésie, comme un fossé profond, sépare la période du délire de grandeur de son cadre temporel, après l'évanouissement du délire, il a disparu pour toujours de la conscience. De la même façon qu'au moment du délire de grandeur, l'état psychique antérieur était oublié ou bien remplacé par des souvenirs altérés. Le délire de grandeur est donc né dans une période strictement délimitée d'une modification de la conscience, comme nous avons l'habitude de le voir dans des psychoses hystériques. Nous voudrions citer un cas tout à fait analogue d'un malade soigné dans notre service de maladies nerveuses pendant la guerre. A la suite d'un ensevelissement, il fut atteint d'une psychose hystérique, ultérieurement guérie. Au cours de cette psychose, il présentait une tension extrême des affects, des crises nombreuses ainsi que des états crépusculaires. En plein paroxysme d'une angoisse des plus graves, il fit subitement un délire à caractère euphorique, s'imaginant être le shah de Perse et jouant son rôle avec un grand luxe d'expressions théâtrales. Le délire de grandeur de Kluge se situe exactement de la même façon, comme un intermède non motivé au milieu des graves tensions de l'affect de déplaisir.

Nous pouvons donc considérer — *cum grano salis* — ce délire de grandeur comme un ilot hystérique au cours du délire de relation sensitif. La modification de la conscience ne se manifeste pas seulement par un changement brusque qui survient dans tout l'état psychique au début et à la fin de la période d'euphorie et par les amnésies qui s'y rattachent. Nous constatons aussi une dislocation des associations à l'intérieur de la phase elle-même, ce qui rend cette période différente de toute l'évolution de la psychose. Au cours du délire de persécution,

on ne manque pas, à vrai dire, de voir des éléments dissociatifs survenant par poussées isolées. Ce sont les idées portant sur l'enregistrement de la pensée, sur la transmission magnétique et télégraphique et comportant, en général, beaucoup de ramifications fantastiques dans la recherche excessive des idées de relation. Mais ces éléments isolés et bizarres sont toujours confrontés immédiatement avec le contenu total de la conscience, tantôt pour être justifiés, tantôt pour être, dans la mesure du possible, expliqués de façon combinatoire et logique.

Les idées morbides de la période du délire des grandeurs se comportent tout à fait autrement. Le malade rapporte à lui-même le pavoisement somptueux de la ville ; il va faire son entrée au château, le roi va le recevoir, il s'attend à quelque événement d'importance, il se sent très animé, conscient de lui-même : mais quel est le but de tout ceci, comment ces choses se lient entre elles, il l'ignore totalement lui-même. Il laisse subsister, sans les corriger, des contradictions grossières, il est incapable de donner des explications plus nettes. Cette poussée délirante est changeante et fantasque, elle est caractérisée par de graves erreurs dans les souvenirs et par un manque manifeste de sens critique à l'égard des idées nouvellement surgies. Le manque de vigueur des affects, la forme plutôt ludique et la brève prévalence des idées des grandeurs présentent un parallélisme avec certains états crépusculaires hystériques.

Si nous appelons « hystérique » la période du délire de grandeur de nos malades, il est évident que nous sommes loin d'attribuer à ce terme une signification banale. En deux mots : cette période est un état hystérique crépusculaire ; si nous le concevions autrement, nous aurions seulement estompé cette particularité si remarquable de notre tableau clinique, qui présente, d'une part, une prédominance de la formation délirante et, de l'autre, l'absence d'un trouble net de la conscience. Nous disons qu'il s'agit uniquement d'une modification, nettement circonscrite, de la conscience, donc d'une déviation comme nous l'avons définie antérieurement. Cette déviation présente un parallélisme net avec certains états hystériques crépusculaires, sans pour cela leur être identique. Nous croyons en général avoir droit de relever ce parallélisme par le fait qu'il existait dans le tableau clinique d'autres enclaves grossièrement hystériques, celles-ci, comme par exemple, la crise hystérique déclenchant la maladie.

Doit-on tenter d'éclaircir le contenu énigmatique de ces idées des grandeurs ?

En dehors du motif extérieur (le pavoisement du château),

on ne trouve rien dans l'histoire du malade pour affirmer qu'elles avaient une racine associative plus profonde dans l'expérience pathogène. Mais, cette possibilité ne se trouve pas pour cela exclue. C'est, à proprement parler, exactement le même mécanisme associatif de la tendance aux idées de relation qui, à ce moment, s'est mise au service des affects euphoriques, comme auparavant, il fournissait les matériaux à une méfiance lourde de malheur. Rigoureusement parlant, nous n'avons pas besoin d'expliquer comment le malade arrive à avoir ses idées de grandeur, mais plutôt par quelles voies son affect, de morose se transforme subitement en affect euphorique. Il existe bien certains parallélismes avec la psychologie normale : des affects extrêmement tendus, arrivés au paroxysme de leur tension, possèdent la capacité de se transformer en des affects contraires, ce qui paraît être une loi psychologique, car une joie démesurée peut se résoudre en larmes. Nous avons illustré, par des exemples pris dans la psychologie normale, la transmutation de la dépression et de l'angoisse la plus terrible en une indifférence froide (dans le cas d'Hélène Renner). La transformation d'une dystonie tendue en joie folle, comme c'est le cas de Kluge, est consacrée dans l'esprit populaire par l'expression *Galgenhumor* (humour patibulaire). L'hypothèse que la phase euphorique chez ce malade présente une sorte de paroxysme des affects dystoniques, démesurément tendus, serait facile à concevoir par le fait qu'on nous signale, presque immédiatement avant cette phase, une amplification maximale « de la charge affective et de la tension », qui aboutit à l'explosion du désespoir et à une crise de larmes. Aussitôt après la fin du délire de grandeur, on constate l'évanouissement définitif de la psychose. De sorte que la phase euphorique, qui dura trois jours, représente, pour ainsi dire, une des péripéties du drame psychique, exactement comme chez Hélène Renner le paroxysme de la maladie et le tournant décisif vers l'amélioration coïncidèrent avec la période d'un état crépusculaire d'apathie.

L'on en peut penser ce qu'on veut. En tout cas, le délire de relation sensitif dans ses formes graves a une tendance manifeste à faire cause commune avec des fantasmes de désir (très souvent par exemple avec un délire amoureux) et, arrivé au paroxysme, il tend même à produire des idées de grandeur. Nous l'avons bien vu s'ébaucher, à un degré moindre, également chez Hélène Renner et chez le tourneur sur bois de Friedmann. Tandis que dans le cas de Kluge, la riche élaboration des idées s'appuie sur la déviation dont la source se trouve dans les affinités hystériques de ce malade, décrites dans le tableau clinique,

ce qui, en fin de compte, est basé sur la composante primitive de son caractère. Il faut écarter définitivement de l'explication psychologique des idées de grandeur apparues au cours d'un délire de relation sensitif, l'hypothèse admise dans la paranoïa classique, à savoir que le délire de grandeur est un résultat logique de sa combinaison avec le délire de persécution. Nous ne pouvons précisément pas du tout observer de développement logique dans ces états. Nous voyons plutôt que ces idées de grandeur surgissent séparément, elles sont isolées, subjectives ; leur apparition est étrange, ou bien nous constatons une modification instantanée de la phase de persécution en une phase de grandeur. Nous sommes donc enclins à voir plutôt dans cette transmutation un processus affectif réflexe, nous basant en cela sur les analogies avec les états psychologiques normaux.

Nous avons énuméré jusqu'à présent, sauf l'hérédité hystérique, tout ce qui a été trouvé chez Kluge comme traits hystériques et hystéroides ; la crise convulsive typique du début, la crise de larmes survenue ultérieurement et finalement, la modification limitée de la conscience liée à une amnésie. Toutes ces courtes phases surgissant aux moments affectifs culminants sont considérées par nous comme des flots insérés dans l'évolution simple du délire de relation sensitif.

Abstraction faite de ces réactions isolées, la trace de la composante primitive parcourt la psychose de façon ininterrompue sous forme d'un symptôme permanent. Notamment, l'affect fondamental du délire de relation de Kluge s'écarte, par ses nuances, des psychoses sensitives pures. Le sentiment d'une insuffisance grave, de désespoir avec conscience de la culpabilité et une angoisse intérieure, comme c'est le cas dans ces psychoses est, à vrai dire, également bien vivace chez Kluge. Mais cette tonalité sensitive fondamentale se confond avec une méfiance agressive et hostile, avec une explosivité coléreuse contenue avec peine, avec une charge affective et une tension, qui, au début, font souvent craindre au médecin des explosions agressives. Cet état permanent d'humeur surtendue, prête à exploser ne se rencontre pas dans les psychoses sensitives. Par contre, c'est, comme nous l'avons exposé au chapitre II, un signe capital et caractéristique d'un groupe de psychoses primitives. Toutefois, la composante affective primitive n'arrive pas à se manifester pleinement dans le délire de persécution de Kluge. Elle perce plutôt faiblement à travers des affects sensitifs prédominants qui la recouvrent passagèrement, mais pour l'œil du médecin, elle est suffisamment menaçante. La modification soudaine de l'intensité de la maladie, le jeu sans cesse

répété d'explosions morbides graves et d'un déclin déconcertant de cette intensité jusqu'à un calme total est une caractéristique primitive typique, bien connue au cours de psychoses de choc du temps de guerre. On peut donc affirmer que la maladie de Kluge possède une courbe d'intensité de psychoses primitives, ce qui se confirme par son évolution aiguë en l'espace de deux mois et demi et par le déclin subit, sans que subsiste une étape prolongée de névrose de relation, à l'encontre de ce qui se passe dans les formes graves des psychoses sensitives pures.

Notre diagnostic dans le cas de Kluge sera donc le suivant : délire de relation sensitif avec composante primitive, éventuellement avec composante hystérique primitive.

D'ailleurs, nous voyons ici également que dans les psychoses sensitives graves, l'évolution, pour la plupart, ne s'arrête pas à un délire simple de relation, mais que celui-ci donne naissance à des idées de persécution plutôt concrètes avec systématisation plus ou moins achevée.

Gottlieb Held, né le 12 février 1872, aubergiste. Son père, alcoolique, était un homme très excité, présentait des troubles nerveux passagers. Une sœur du malade est très excitée. Une sœur du père avait une maladie mentale et a commis un crime. Le malade lui-même, petit homme malingre, fragile depuis son enfance, était souvent malade. Il dit lui-même qu'il était dès l'école *un peu craintif*, qu'il était *un être un peu faible*, qu'il vivait *retré* et qu'il n'aimait pas les disputes. Il prétendait avoir eu, de temps en temps, des accès hystériques, *des évanouissements et des convulsions*, par exemple, lorsque son père le réveillait la nuit. Il est d'intelligence moyenne.

En 1908, il a épousé une femme aisée, de belle prestance, jolie et énergique, qui le traitait bien et lui était fidèle. Les hôtes et les amis du mari aimaient la voir dans la salle d'auberge et lui parlaient tantôt en la flattant, tantôt plus rudement, comme c'est la coutume à la campagne, mais sans jamais lui manquer de respect. Held, malgré son irritabilité et sa sensibilité était un homme sérieux, plein de bonhomie, qui aimait beaucoup sa femme. Cependant elle devait éviter avec soin tout ce qui pouvait blesser le sentiment d'autorité que son mari devait montrer vis-à-vis des autres. Il ne supportait pas, par exemple, qu'elle lui fit des remarques en présence de clients ou de ses beaux-enfants.

Ils vécurent heureux pendant un certain temps ; puis, après un an environ, apparurent chez le mari des troubles mentaux au cours desquels il poursuivait sa femme d'une jalousie sans

fondement. Dans son récit, il raconte lui-même comment, à certaines occasions, il sentait une tension dans la tête, un tremblement dans les jambes et comment une sensation d'angoisse l'envahissait. Puis, des pensées pénibles commencent à lui venir à l'esprit. Il est de mauvaise humeur, a les yeux hagards et, à la moindre occasion, lance à sa femme les insultes les plus crues. Il commence à s'isoler parce qu'il pense que tout le monde le regarde, évite les gens et reste seul à pleurer dans sa chambre. Les idées de jalousie l'envahissent maintenant régulièrement, aucun argument ne parvient à les retenir et il s'empporte à un tel point qu'il devient brutal en se disputant, mais, ce moment passé, il ne s'en souvient plus du tout. Il épie sa femme sur le bord du chemin lorsqu'elle se rend toute seule au village. Plein de méfiance, il observe chaque regard de sa femme, chaque mouvement des clients de l'auberge. Il est vrai qu'il n'a jamais « vu quelque chose de sérieux », mais il a toujours le sentiment d'être trompé par elle. Un de ses amis quitte la table sans le saluer ; peu après, sa femme remonte de la cave où elle était allée chercher une bouteille de vin. Quelques jours plus tard, le même ami vient à l'auberge tôt dans la matinée ; la femme est visiblement troublée ; elle attribue ce trouble au fait qu'elle n'est pas encore coiffée. Il retient tout cela et le rumine.

De tels épisodes duraient 8 à 14 jours. Aussitôt après, il était de nouveau tout à fait bien, « le meilleur homme », traitait bien sa femme, travaillait avec application et prenait pleinement conscience de son état morbide. Ces derniers temps, depuis un an surtout, lorsque ses frères et sœurs eurent intrigué pour qu'il n'hérite rien de son père, les crises s'aggravèrent, les périodes de bonne santé devinrent plus brèves. Il se mettait souvent dans des « colères épouvantables », menaçait de se suicider et a tenté de se pendre ; il était très déprimé et parcourait la région pendant des journées entières sans but précis. Contrairement à son habitude, il se mit à boire, il était constamment jaloux, sexuellement très excité, torturait sa femme avec ses idées. Il proférait des menaces terribles, disait qu'il devait faire une sottise, voulait mettre le feu à la maison, de telle sorte que sa femme et ses enfants craignaient pour leur vie.

En octobre 1913, il fut finalement mis en observation à la clinique de Tübingen. Il apparut comme un homme excité, malléable, changeant d'humeur, de pensée labile, facilement intimidé et paraissant peu à son aise. Il ne présentait pourtant aucun délire et il était toujours de caractère aimable et discipliné. Il n'en voulait nullement à sa femme, bien au contraire, il désirait retourner chez elle. L'explication des faits apparut

rapidement lors d'un entretien commun avec lui et sa femme. Celle-ci lui est très supérieure tant par son aspect que par son comportement. Elle le traite d'ailleurs actuellement avec tact et gentillesse.

La première manifestation de la maladie se produisit, comme le raconta sa femme, peu après la naissance de leur premier enfant, qui était un peu malingre. Un ami, en présence du malade, remarqua que lui-même aurait été, sans doute, capable de lui en faire un de plus belle venue. Peu auparavant, il s'était pour la première fois disputé sérieusement avec sa femme ayant un matin frappé un de ses beaux-enfants qui s'était mal conduit. Sa femme lui avait fait une scène à ce propos et lui avait dit en présence des enfants : « Espèce de cochon, tu ne vaux pas mieux que ton père. » Cela l'avait beaucoup frappé ; il n'était plus allé dans la chambre de toute la journée et ne cessait de penser : « Elle ne m'aime pas, elle ne m'aime pas. » Il était persuadé que cette histoire avait couru dans le village et que tout le monde parlait maintenant de leur dispute, que les gens ne le respecteraient plus. Il ne voulait plus aller à l'église parce qu'il pensait que tout le monde le regardait. Il pensait aussi que, de toute façon, il faisait piteuse mine à côté de sa femme parce qu'il avait apporté moins de bien au ménage qu'elle.

Depuis ce temps, toute plaisanterie grossière lancée à sa femme dans l'auberge, chaque situation qui, croyait-il, pouvait diminuer son prestige conjugal, déclenchait les crises de dépression, des colères, des délires de jalousie et des idées de relation que nous avons décrits. Aucune crise n'avait jamais été déclenchée pour d'autres raisons. Une lettre écrite à sa femme pendant son séjour à la clinique décrit au mieux l'attitude du malade vis-à-vis de sa maladie.

Je regrette après les désagréments que nous avons connus d'être devenu jaloux. Fais tout ce que tu peux pour que je puisse me sortir de tout cela. Je n'avais besoin que de repos ; si je peux reconquérir mon honneur, le respect et la considération des commerçants comme avant, nos disputes, mes crises ne se répéteront plus ; cela tu le sais maintenant, et aussi que je ne me laisserai pas amoindrir en public quand le commerce m'énervé un peu.

Alois Urban, né le 21 juin 1886, instituteur. L'instituteur Urban s'est rendu à Tübingen le 12 juin 1912 et s'est présenté à la consultation de la clinique des maladies nerveuses. Il demandait à être examiné parce que son état mental lui causait des soucis. Après son admission, il raconta les faits suivants : son père est un homme très excitable et coléreux, sa mère est morte.

Ses frères et sœurs, ainsi que le reste de la famille sont en bonne santé. Dans son enfance, c'était un garçon éveillé, un vrai boute-en-train, il aimait jouer, travaillait bien en classe et comprenait vite. Il avait commencé à devenir nerveux lors de son passage de l'école primaire à l'école normale d'instituteurs de T...

Lors d'une leçon de gymnastique, une chute avait provoqué une commotion cérébrale (1). Il n'avait pu suivre l'école pendant un an, par suite de maux de tête et de vertiges. Au début de sa vie d'écolier, il était insupportable et s'en prenait surtout à ses maîtres. Les vertiges avaient disparu peu à peu, mais des maux de tête persistaient toujours. Au cours des dernières années d'école normale, il avait été obligé de fournir un effort plus grand et avait l'impression de ne pas pouvoir bien suivre l'enseignement. Le sommeil était encore bon ; il n'avait aucune idée morbide.

En 1907, il passa son examen de fin d'études avec la mention « assez bien » et fut immédiatement nommé instituteur. Dans son premier poste, il avait des élèves des cours complémentaires ; il travaillait bien et mettait beaucoup de zèle dans l'accomplissement de sa tâche. Il se sentait bien en forme, mais dès cette époque, il était gêné par une irritabilité intense. Par contre, le service militaire (1908-1909) ébranla sérieusement son équilibre nerveux. Son supérieur, qui connaissait son irritabilité, lui avait cherché tant de chicanes qu'une fois, il le mit en joue avec son fusil. Il vivait généralement retiré et était parfois de si mauvaise humeur et si triste qu'il ne voulait voir personne. Il n'a jamais pu supporter l'alcool ; lorsqu'il buvait de la bière, sa dépression s'aggravait. Même après qu'il eût quitté l'armée, il ne se sentit pas tout à fait comme avant ; plutôt peu sociable, de mauvaise humeur et irascible. En 1910, il dut enseigner dans un cours élémentaire, ce qui lui était très pénible, car il n'avait pas assez de patience pour s'occuper d'enfants très jeunes et qu'il voulait obtenir de force des progrès rapides. Aussi, eut-il maille à partir avec le maître principal qui l'accusa d'attentats à la pudeur vis-à-vis des écolières et le fit comparaître en justice. Mais ces accusations furent reconnues inexacts et Urban fut

(1) Nous avons étudié plus longuement le rôle des traumatismes crâniens dans l'apparition ultérieure des formations délirantes psychogènes (dans le travail intitulé *Ueber psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche*). La prédisposition créée par le traumatisme peut rester latente pendant de longues années. D'ailleurs le peintre, dont le cas est exposé dans le chapitre II, a subi une commotion cérébrale à l'âge de deux ans, dont les séquelles n'ont pas totalement disparu. Dans le chapitre II, ce détail n'a pas été suffisamment souligné.

acquitté. Toutefois, cet événement l'avait profondément ébranlé. Il remarqua que les enfants ne le saluaient plus et supposa que le directeur les encourageait dans cette attitude. Il ramena également à la calomnie du directeur l'attitude exaspérée des habitants qui lui reprochaient de traiter mal les enfants. Il reconnut lui-même que, dès son arrivée à l'école, il était tellement irritable que sans le vouloir, il traitait les enfants avec dureté. A cette époque, lorsqu'il était dans une auberge et que quelqu'un le regardait, il s'imaginait toujours que ce regard était chargé de reproches, que cette personne ne l'aimait pas, même lorsqu'il s'agissait d'un étranger. Tout le monde se taisait lorsqu'il passait dans la rue ; il en conclut que l'on venait de dire du mal de lui. Il se sentait souvent fatigué, surmené, il lui était difficile de penser ; il se promenait beaucoup et ne pouvait voir personne parce qu'il croyait que tout le monde dans le village lui était hostile. Il était souvent de mauvaise humeur, sans raison, et se fâchait dès qu'on lui adressait la parole ; il souffrait de maux de tête et d'insomnies de plus en plus graves ; il avait souvent des rêves pénibles qui concernaient l'école ; quand la porte grinçait, il sursautait, il avait l'impression que quelqu'un venait pour l'insulter.

Étant donné ces circonstances défavorables, il demanda un poste à B... Mais à peine y fut-il arrivé qu'il se sentit de nouveau observé de tous les côtés et qu'il remarqua que tout le monde disait du mal de lui, que l'on faisait le silence dès qu'il approchait. Son énervement lui valut une condamnation à 20 RM. d'amende et un avertissement pour mauvais traitement à des enfants. Le trimestre suivant, à R..., il se porta assez bien. Son état s'aggrava par contre immédiatement après qu'il fut nommé, en juillet 1911, à M..., éloigné de B... d'une demi-heure seulement. Tout le monde savait déjà qu'il était « la vedette » de B..., le conseil scolaire de la circonscription le mit en garde dès le début. Chacun le surveillait ; il remarquait que son voisin le contrôlait pendant des heures, en regardant par la fenêtre de sa salle de classe. Il savait qu'à l'auberge on parlait mal de lui toute la journée, bien qu'il n'y allât jamais. L'idée que tout le monde lui en voulait s'était de plus en plus ancrée dans sa tête. En août 1911, il se reposa chez son père, trainant dans la maison, très aigri, fuyant tout le monde, dégoûté de la vie ; il croyait que là encore tout le monde parlait de lui (bien que, comme il devait l'apprendre plus tard, personne n'ait connu son histoire).

Nommé à H... depuis octobre 1911, il reprit sa lutte acharnée contre son irritabilité. Quand, en arrivant à l'école, il était de mauvaise humeur, il quittait la classe et se promenait de long

en large jusqu'à ce que la colère soit passée. Afin de mieux se maîtriser en de telles circonstances, il lança la règle dans un coin et aucun élève n'eut le droit de la ramasser. Mais dans son désir d'obtenir des progrès chez ses élèves, de faire avancer de force les retardés, il grondait et frappait de nouveau si fort que l'exaspération des habitants s'accrut contre lui bien que le maire sût apprécier son zèle professionnel. Son état ne s'améliora donc pas, il devint tellement méfiant que la plus petite observation d'un élève lui faisait de nouveau croire que tout le village parlait mal de lui. Cette idée le poursuivait également la nuit, pendant son sommeil. Il avait peur et le moindre bruit le faisait sursauter pour écouter si personne ne venait lui chercher querelle. Souvent, il se levait pendant son sommeil et se réveillait debout, regardant par la fenêtre pour voir si personne n'était en bas.

Comme la nuit ses états de rêve et de demi-veille se répétaient, il se rendit à la clinique pour se faire examiner. A la clinique, au bout de 48 heures, il se sentit mieux en train, eut meilleur moral. Après les premières nuits, au cours desquelles il avait beaucoup crié et grondé en rêve, il dormit plus calmement. Son irritabilité, très apparente au début, diminua rapidement. En ce qui concerne son comportement et sa façon de penser il se montra toujours un homme parfaitement discipliné, cultivé, s'intéressant à tout. Au bout de deux jours à peine, il porta un jugement très lucide sur son histoire antérieure ; l'idée que les gens l'insultaient et l'observaient était purement imaginative. Il avait fait d'une souris une montagne, comme le lui avaient déjà fait remarquer ses collègues. Il souriait lui-même de bien de ces épisodes et s'était calmé au sujet de son somnambulisme. Pour le reste, son dossier personnel que nous avons consulté, confirmait en tous points les dires du malade, surtout en ce qui concerne son irascibilité peu commune ; il frappait ses élèves chaque fois qu'il avait rencontré de leur part la moindre résistance. L'examen physique ne révéla rien de particulier en dehors d'un rythme cardiaque labile et d'un démographisme intense. Le 13 juillet 1912, Urban, nettement amélioré, pouvait quitter la clinique et reprendre sa place dans l'enseignement.

L'instituteur Urban et l'aubergiste Held forment, en ce qui concerne leur personnalité et leurs réactions psychopathiques, un groupe bien défini. Tandis que les névroses de relation sensitives pures ou à prédominance sensitive (le Dr Kluge fait partie de ces dernières) englobent des types de personnalité relativement rares, souvent assez compliqués et riches, des cas comme Urban et Held se rapprochent du tableau des psychopathies habituelles. Le mélange d'hyperirritabilité et de manque de

contrôle les rapproche surtout du grand groupe caractérologique des primitifs. Ces deux malades sont des natures lâches, de faible volonté, dépendantes, chez qui des causes minimales déterminent chaque fois de forts accès de colère. Mais ils ne sont pas exclusivement primitifs, car ils ont encore la faculté de souffrir sérieusement de leurs dispositions caractérologiques. L'ambition qu'ils déploient pour lutter contre les limites étroites de leur nature, la ténacité dans l'élaboration de leurs expériences humiliantes et les traits de délicatesse qui apparaissent ainsi trahissent encore assez de subtilité éthique pour nous autoriser à parler d'une nuance sensitive dans un tableau caractérologique à prédominance primitive. Seule cette nuance sensitive permet d'expliquer certains côtés de leurs réactions délirantes.

L'excitabilité disproportionnée de l'instituteur Urban, son hérédité chargée et sa nervosité constitutionnelle le mettent sans cesse en situations conflictuelles dès son entrée dans l'enseignement : la moindre occasion l'incite à frapper durement les enfants. Son zèle professionnel, très réel, le fait souffrir intensément de cet état de choses et il cherche à se maîtriser par tous les moyens : il quitte la salle de classe, il met la règle hors de sa portée, mais en vain. Apparaissent alors, durant la journée, des accès de mauvaise humeur et une grande nervosité, des états dépressifs et de découragement. Tandis qu'il élabore dans le sens d'une insuffisance humiliante ses échecs renouvelés dans la lutte contre son excitabilité, il commence à exagérer dans le sens d'un délire de relation les signes de mécontentement réel qui s'est fait jour dans le village : tout le monde le regarde à l'auberge ; on se tait quand il passe dans la rue ; on le surveille pendant des heures par la fenêtre de la salle de classe. Dès qu'il arrive dans un autre village, on sait déjà qu'il est la « vedette » de B... Il devient très aigri, fuit la compagnie des gens et se dégoûte de la vie. Après son entrée volontaire à la clinique, le tableau morbide s'estompe en quelques jours après avoir duré environ deux ans.

Le conflit conjugal de l'aubergiste Held est un pendant à ce conflit professionnel. Held est un psychopathe insignifiant, malingre, marié à une femme énergique et de bonne prestance. Le sentiment humiliant de faire piètre figure à côté de sa femme apparaît comme *leitmotiv* dans les troubles psychiques du mari. C'est la source claire de sa jalousie et de ses idées de relation, de sa mauvaise humeur et de ses explosions de colère. Le sentiment, devenu délirant, profondément enraciné et persistant de sa propre infériorité, prend comme point de départ l'attitude de sa femme. Il commence à interpréter, dans un sens défavo-

nable pour lui, les événements quotidiens de l'auberge. Chaque plaisanterie adressée à sa femme par les autres hommes lui apparaît comme une preuve de préférence accordée à ces hommes et chaque insulte qu'elle lui adresse se transforme en une forte dépréciation de sa personnalité. Il croit finalement avoir perdu son honneur en face des gens, pense que toute cette histoire est racontée dans le village et que chacun l'observe lorsqu'il va à l'église. Ces troubles morbides disparaissent également aussitôt après son entrée à la clinique. Dans ce cas, le sentiment de l'insuffisance humiliante semble justifié par l'amour tendre qu'il éprouve pour sa femme, comme chez l'instituteur Urban ce sentiment est renforcé par le zèle professionnel accentué et par ses conceptions morales. Il nous semble ainsi justifié de considérer ces cas sous l'angle du délire de relation sensitif. Il est, en outre, évident que des mécanismes adlériens considérables jouent un rôle net dans le cas de Held. Dans les deux cas, notre diagnostic serait : réactions affectives primitives avec composante délirante sensitive. Grâce à ces deux cas, nous avons également mis en lumière une des nombreuses étiologies psychologiques du délire de jalousie.

Si nous voulons tracer les limites du domaine du délire de relation sensitif, nous n'aurons garde de passer sous silence le cas Wagner, publié par Gaupp. On nous objectera : qu'est-ce que ce criminel, dont la maladie se termine par un meurtre collectif, le plus brutal de l'histoire moderne de la criminologie ? Qu'est-ce que cet homme terrible et extraordinairement sanguinaire vient faire parmi ces natures tendres, sensibles et hypernerves qui ont servi de base à notre description du groupe caractérologique des sensitifs ? Mais Gaupp avait déjà souligné expressément que la brutalité n'était, en aucune façon, le trait fondamental le plus important du caractère de Wagner. On pourrait dire : le crime extraordinaire était l'aboutissement mais nullement la clef du développement de sa personnalité. A la fin du livre de Gaupp, on cite l'impression d'un juge :

On s'attend à trouver un criminel endurci et on trouve un homme brisé par le chagrin, au comportement poli, timide et parfois presque enfantin.

Cette opinion paraît déjà moins en dehors du domaine qui nous occupe. L'impression de parenté interne s'accroît encore lorsque, à la question de savoir si le sentiment de culpabilité ou de haine était plus intense avant le crime, nous entendons répondre Wagner que le sentiment de culpabilité l'emportait.

Il faut relire dans l'original l'évolution de la psychose de

Wagner. La voici en bref : en 1901, l'instituteur principal Wagner s'était rendu coupable de sodomie sans que personne ne le sût. Par suite de remords très intenses, un délire de relation se développa immédiatement. Celui-ci ne s'est interrompu que de façon passagère, lors de changement de domicile et persista jusqu'au crime. Finalement, des luttes intérieures les plus sérieuses aboutissent à la décision d'anéantir le lieu de son crime, ses prétendus calomnieux inclus. L'exécution de ce projet a lieu en 1913. La base du conflit psychique est la même que dans le délire des masturbateurs qui, d'ailleurs, se trouve ébauchée chez Wagner au cours de sa jeunesse. Le délit sexuel, survalorisé outre mesure, est élaboré dans le sens d'une insuffisance humiliante et transformé en délire de relation. Le fait de rétention absolue de l'expérience pathogène pendant des années, la tension intérieure grave des affects qui en résulte, l'échec toujours renouvelé subi par le sentiment éthique construit à la hâte pour lutter contre la faiblesse détestable de sa volonté et le sentiment de culpabilité qui domine la tonalité fondamentale de son désespoir le plus profond, l'angoisse et les tortures morales, tout cela correspond rigoureusement au tableau clinique des sensitifs, comme nous l'avons exposé dans les chapitres précédents. Pendant des années, la psychose de Wagner n'était autre chose qu'un délire de relation sensitif. Seul, le dénouement, le crime libérateur, si l'on peut l'appeler ainsi, mettant fin aux souffrances psychiques par une catastrophe extérieure de grande envergure est un fait nouveau et surprenant. Il ne s'agit plus alors d'un geste de sensitif, car le sensitif n'est pas homme d'action. Ici, on a affaire à un homme sorti subitement du clair-obscur d'une vie intérieure, pleine de méditations sensitives, pour apparaître dans la lumière crue du jour. Avec un égoïsme exaspéré, après avoir préparé minutieusement et prémédité son action, il y engage héroïquement son honneur et sa vie, se dresse contre le monde entier rempli d'ennemis, exige son droit et accomplit sa vengeance. C'est une figure grandiose, de la même espèce que Michael Kohlhaas.

C'est une énigme psychologique : comment un sensitif, profondément replié sur lui-même, plein d'angoisse et torturé par sa conscience peut-il se transformer subitement en un lutteur atteint de folie des grandeurs et qui, une fois accompli son crime sanglant, sans pareil, cherche à mourir dans les flammes d'un château royal ? Il n'est pas difficile de trouver le mot de cette énigme. La névrose sensitive et la névrose de combat ont habité toutes deux côte à côte, dans le cœur de cet homme depuis sa jeunesse et la tension insupportable entre les deux pôles de son

caractère a permis que son destin tragique se réalise. On aura présent à l'esprit que nous avons considéré la tension entre la base asthénique du caractère et sa composante sthénique comme l'essence même de la personnalité sensitive, et précisément en tant qu'expression de la névrose de relation. Toutefois, la composante asthénique reste toujours dominante. Nous n'avons jamais vu, chez des sensitifs purs que le moment sthénique du caractère s'intensifie à un degré tel qu'il devienne un facteur complètement achevé d'une névrose de combat. Mais c'est précisément le cas chez Wagner.

Nous avons, dans le chapitre II, défini la nature du caractère expansif comme une déficience de la capacité de répression, une conscience de soi démesurée, un manque de freinage des affects sthéniques et une opiniâtreté tenace. Toutes ces propriétés se rencontrent à chaque pas dans la biographie de Wagner. Mais si, en se basant sur les documents concernant ce malade, nous avons énuméré ces traits caractéristiques de la névrose de combat, traits qui s'extériorisent chez Wagner de façon particulièrement frappante, nous pensons avoir ainsi tracé un tableau parfait de sa personnalité, nous tomberons tout de suite en contradiction avec des témoignages d'autres personnes. Celles-ci nous ébauchent un tableau totalement opposé de la personnalité de Wagner. On croirait que les descriptions se rapportent à deux personnages différents, lorsque certains de ses anciens amis le disent « fanatique de la vérité », « doctrinaire inébranlable » dont l'auto-survalorisation et le mépris de l'humanité « frôlent le délire des grandeurs ». Son opposition à tout ce qui est établi est passionnée et extrême. Il lance en pleine salle d'une auberge des propos imprégnés de haine avec un cynisme sans bornes. Est-ce le même personnage que cet aristocrate fin et sensible, ayant une conscience d'une subtilité exquise, le rêveur mélancolique, l'ami « bienveillant, serviable, affectionné » ; l'homme à la vie intérieure calme, l'homme modeste presque timide, l'hypocondriaque aux nerfs sensibles, qui ne peut supporter la vue du sang ; un indécis, un anxieux, qui dénonce sa culpabilité, remet ses décisions d'une année à l'autre, le père de famille affectueux et doux ? Si jamais deux âmes avaient habité le même personnage, c'est bien le cas de Wagner. Déjà avant l'événement capital, son visage de Janus était énigmatique, car il montrait une de ses faces aux uns et l'autre aux autres.

En tant que psychiatre, nous discernons sans peine dans une des faces de Wagner les marques inexorables de l'expansivité passionnelle d'une névrose de combat. De même, nous

voyons se ciseler sur l'autre de ses faces les traits de la névrose sensitive : une vie intérieure calme, des ruminations mentales. Ce sont non seulement deux aspects d'un caractère que nous trouvons condensés chez cet homme, mais pour ainsi dire deux caractères pleinement évolués. Ceci nous fait comprendre la détresse profonde, le mystère et la grandeur de sa destinée. La maladie mentale de Wagner peut cliniquement être considérée comme un délire de relation sensitif, qui par l'excès de tension des affects, aboutit finalement à une psychose de combat. Sa haine et, en partie, ses idées de grandeur ont leur point de départ dans le sentiment de culpabilité ou, comme il dit lui-même : « il hait la pierre qui l'a fait trébucher ». La différence psychologique entre cette évolution de la maladie, par ailleurs si semblable aux psychoses paranoïaques, et l'évolution de la maladie sensitive consiste en ce fait que, tandis que chez Hélène Renner ou le Dr Kluge la résolution de l'hypertension pénible de l'affect sensitif s'était réalisée par un trouble mental aigu, dissociatif, Wagner possède encore la force redoutable de scinder en deux le problème de sa psychose en lui apportant consciemment une solution violente, en transformant l'expérience sensitive et névrotique en une névrose de combat. A côté de ces voies psychologiques et réactionnelles du développement de la psychose, qui plongent leurs racines dans une expérience sexuelle survalorisée, on ne doit pas négliger cette partie de l'édifice délirant de Wagner qui ne dépend pas directement des expériences isolées. Ce délire se construit déjà précisément en relation plus étroite aussi bien avec l'aspect caractériel sensitif de son évolution qu'avec son aspect expansif : c'est son délire de grandeur dans le domaine littéraire où s'enracine de plus en plus profondément une attitude de prophète mystique. Considéré de ce point de vue, le cas de Wagner correspond au tableau que Kraepelin fait des paranoïaques, inventeurs et prophètes. Wagner le sensitif, tourmenté par l'expérience vécue, se réfugie dans ce délire prophétique comme dans un havre, fuyant les cruautés de la vie. Il élabore un délire des grandeurs par faiblesse, comme le font beaucoup d'écrivains. Ce délire est à son tour un aiguillon puissant qui aide l'aspect expansif du caractère à évoluer et à se réaliser en une action. La paranoïa de Wagner, dans le sens kraepelinien, est indissolublement soudée aux éléments « psychogènes » du délire. Ceci est à retenir pour résoudre le problème qui se posera ultérieurement : Délire de relations sensitif et paranoïa.

En ce qui concerne les tendances pulsionnelles de Wagner, des relations nombreuses et profondes avec des composantes

anormales de la structure sexuelle et avec des pulsions agressives sont faciles à retrouver pour quiconque est familiarisé avec les idées analytiques.

Nous pourrions, selon toute probabilité, classer le cas de la « paranoïa guérie » de Bjërre, si souvent controversée, par exemple par Kraepelin et par Maier, parmi les psychoses paranoïaques sensitives à base mixte. Nous rapportons, d'après l'observation de H. W. Maier, les événements extérieurs de ce cas : la malade, à l'âge de 18 ans, pour faire une « blague », fit paraître une annonce matrimoniale dans un journal. A la suite de quoi il y eut un échange de lettres exaltées avec un soupirant dont elle ne connaissait pas le nom. Cette correspondance anonyme dura 20 ans. Lorsque, par hasard à l'âge de 38 ans, la malade fit connaissance de l'homme à qui elle écrivait et dont elle a fait son idole, elle fut très déçue. Peu de temps après, en relation avec ce fait, elle eut une liaison avec un homme qui psychiquement lui était indifférent. Elle le fit « pour vivre sa vie ». La liaison fut rompue au bout de six mois. C'est alors qu'on commença à l'épier. Les gens s'apercevaient qu'elle avait perdu sa virginité, ils faisaient des allusions, des signes bizarres avec la langue. La persécution se généralisait progressivement ; il y avait des entrefilets à son sujet dans le journal ; ses meilleures amies participaient au complot. Le délire de persécution dura, avec des oscillations, pendant 10 ans. La malade fut alors complètement guérie par Bjërre grâce à un traitement psychologique intense.

Bien qu'il n'existe pas de description caractérologique détaillée, nous aimerions relever quelques points importants du travail original de Bjërre. La malade aimait beaucoup sa sœur aînée.

Elle éprouvait un très grand besoin de se réfugier auprès d'elle ; car elle était toujours très timide et avait un sentiment d'insécurité. Dans les réunions mondaines elle se cachait derrière sa sœur et laissait à cette dernière le soin de participer aux conversations.

On nous permettra d'affirmer que ces quelques mots contiennent un ensemble des traits caractérologiques typiquement sensitifs. La malade avait un grand besoin d'affection et de soutien ; elle était timide, avait un sentiment d'insécurité et était gênée en compagnie d'autres personnes. Si à cela nous ajoutons qu'il s'agissait d'une personne de grande intelligence, douée, fine et cultivée, nous avons devant nos yeux un des aspects importants de sa personnalité, nous permettant d'éclairer une partie du développement de celle-ci. La liaison brutale, dépourvue de tout élément spirituel, qui a suivi sa première déception, a été,

sans aucun doute, au-dessous du niveau éthique de la malade. L'occasion, à la suite de laquelle débuta le premier accès de délire, fut significative du point de vue caractérologique. Elle rencontra aux courses une femme du demi-monde, très élégante, qu'elle ne connaissait pas. D'après l'interprétation très juste de Bjërre, ce fait éveille en elle le sentiment d'être, elle aussi, tombée au niveau de la femme rencontrée. Les jours suivants, elle remarqua que l'on faisait dans la rue les mêmes allusions voilées que les hommes, croyait-elle, faisaient à l'adresse de cette élégante demi-mondaine. C'est là le point de départ de ses idées de persécution.

Nous n'avons pas besoin de nous étendre sur cette constellation tout à fait typique : des traits de caractère éminemment sensitifs, sentiments d'une insuffisance morale humiliante et délire de relation sensitif. La preuve décisive de cette conception est donnée par la guérison totale sous l'influence d'un traitement psychique énergique. Cette grande perméabilité à la psychothérapie manifestée par la malade, et que nous avons également observée dans beaucoup de nos cas, a justifié l'optimisme de Bjërre dans ce domaine.

Mais l'évolution psychique de cette femme ne s'arrête pas là. Nous trouvons encore en elle une « combattante fanatique pour les droits de la femme ». Dans l'exercice de sa profession, elle se montre capable de décisions promptes. Bjërre relève également un « vif sentiment de justice » qu'elle manifeste, à l'occasion, dans des paroles assez « vertes ». Elle ne manque pas une occasion pour « défendre les droits de la femme ». On ne doit pas oublier ces traits isolés de caractère expansif.

Un troisième aspect du caractère de cette malade est en relation avec les psychoses de désir qui seront étudiées plus loin.

Je suis incapable de réfléchir avec cette précision, dit-elle. Mes pensées n'émanaient jamais de mon intellect, mais toujours de mes sentiments.

Dès son enfance, elle aimait la rêverie et le fantastique. Elle vivait des situations imaginaires et faisait des rêves à l'état vigil. A ce côté de sa personnalité appartient l'échange anonyme de lettres pendant 20 ans, qui, par sa durée et par sa grande portée psychique, s'avère fortement anormal. Un autre aspect de son caractère se manifeste également par une rêverie et une illusion amoureuse à l'égard d'un être inconnu et idéalisé. Tout ceci s'insère dans le cadre du chapitre sur « l'amour lointain » (voir plus loin). Qu'est-ce donc qui nous empêche de définir cette phase du développement psychique

de la malade comme une paranoïa fruste de Kraepelin, dans le sens d'une folie érotique. Ce n'est certes pas sa structure psychologique. Pourtant, c'est de cette phase que découle avec une continuité psychologique, le délire sensitif, par l'intermédiaire des déceptions sexuelles ou de la liaison de remplacement, qui elles également, sont anormales. Le tout est-il donc « paranoïaque » ou est-il seulement « psychogène » ? Rien que cette brève esquisse nous fera comprendre la fausseté de la position de ce problème, ici, comme également dans le cas de Wagner. Nous dirons dans notre dernier chapitre pourquoi nous la considérons comme fausse. Mais déjà ici, nous pouvons affirmer que, de même que les affinités caractérielles primitives sont favorables à une guérison rapide des psychoses sensitives, les traits expansifs de la personnalité peuvent conférer au délire de relation sensitif une solidité et une fermeté telles qu'il est susceptible de se prolonger pendant une dizaine d'années (comme chez la malade de Bjërre) et ne manifester aucune tendance à une guérison spontanée. Ou, comme dans le cas Wagner, présenter une progression pendant un temps assez long et une systématisation ramifiée, telles que l'on ne peut s'imaginer rien de plus paranoïaque.

CHAPITRE VIII

NÉVROSES DE RELATION HABITUELLES

Les tableaux cliniques rapportés jusqu'à présent décrivaient, dans leur grande majorité, des réactions circonscrites à certaines expériences chargées d'affects, réactions qui tranchaient fortement sur les autres événements de la vie des sujets. En fait, ces sujets étaient des représentants les plus marquants et les plus fondamentaux du délire de relation sensitif. En dehors d'eux, il existe un petit groupe d'individus, atteints de troubles névrotiques de relation, où l'expérience vécue ne joue pas un rôle si décisif. Dans ces cas, la tendance aux idées de relation est plus diffuse, elle se répartit sur des périodes plus étendues de la vie des sujets et représente leurs traits psychopathiques habituels. Une différence analogue à celle qui existe entre ces réactions circonscrites aux expériences (par exemple chez la fille du forestier G...) et la névrose diffuse habituelle se retrouve également dans le domaine des représentations obsédantes. Mais, dans les névroses obsessionnelles, les troubles prédominants sont de nature habituelle, tandis que dans les névroses de relation, au contraire, les affections réactionnelles sont au premier plan.

En général, il est évident qu'il n'y a aucune ligne de démarcation fondamentale entre le groupe représentant de troubles habituels et celui atteint de troubles réactionnels. Nous avons pu déceler dans des cas isolés de délire de relation réactionnel, que quelques tendances habituelles aux sentiments de relation existaient déjà avant la maladie (D^r Kluge). Mais avant tout, nous avons pu constater, comme dans les cas Renner et Feldweg, que certains états réactionnels graves se transformaient, sans délimitation nette, en une névrose de relation habituelle et chronique. Dans ce chapitre, nous verrons, au contraire, que les idées de relation habituelles ne gardent nullement la même intensité au cours de toute la vie d'un individu, qu'il existe plutôt une alternance entre les phases de calme et des phases d'aggravation

passagères des troubles, jusqu'à ce que ces derniers deviennent complètement latents. Les accentuations passagères suivent les mêmes lois que celles du délire à prédominance réactionnelle, ce qui est provoqué, partiellement, par la rétention et partiellement par l'épuisement. Toutefois, il s'agit ici des états plus légers. Nous n'avons pas trouvé de cas de troubles mentaux plus graves.

Le charpentier Bachmayer offre un bel exemple d'une névrose de relation habituelle. Dès l'école, on signalait chez lui des tendances aux idées de relation et, depuis, elles se manifestaient de façon continuelle sous forme d'un sentiment diffus mais vivace qui se réveillait facilement à propos des menus faits extérieurs. Cet état constant a connu, à deux reprises, des accentuations réactionnelles brèves. La première fois, le sujet s'était laissé emporter par la colère jusqu'aux voies de faits contre un camarade et une autre fois, à l'époque du service militaire, au cours d'une permission. Ce dernier incident avait pour cause le malaise qu'il éprouvait de ne pas encore avoir pris part aux combats malgré sa forte constitution physique. Il s'agit donc d'expériences insignifiantes, élaborées dans le sens d'une insuffisance humiliante. Les deux fois, un délire de relation concret et passager prend son point de départ du sentiment de relation diffus et habituel. Des personnes déterminées sont visées, certains propos sont entendus et la correction n'est possible que quelques semaines plus tard.

Comme le symptôme prépondérant de ce tableau clinique est une idée de relation, nous définissons l'ensemble de cet état névrotique comme une névrose de relation. En outre, les éléments psychologiques étroitement liés à cet état, tendances aux idées obsédantes et à l'hypocondrie n'y font pas défaut. Finalement, nous trouvons ici, partiellement liées à notre tableau clinique, des traces particulièrement nettes de la dystonie constitutionnelle et des tendances à conserver longtemps des affects dépressifs. Par ailleurs, on reconnaît sans grande peine chez ce sujet les dispositions sensibles du caractère : une tendance précoce à la rétention, avec prédominance des traits asthéniques, et un appoint léger, mais net, d'une composante sthénique (ergotage, entêtement). Nous signalons en passant l'alliage avec des traits infantiles somatiques et psychiques.

Franz Xavier Bachmayer, paysan, charpentier, est né le 31 octobre 1889. Il a été envoyé à la maison de santé de Mergentheim, le 30 juin 1917, à la suite de troubles nerveux.

Voici ce qu'il a raconté : son père aurait eu depuis toujours

une « faiblesse des nerfs » et une intolérance à l'alcool. Un oncle est dans une maison de santé pour troubles mentaux. Deux sœurs souffrent des « nerfs », une d'entre elles est incapable de travailler. Lui-même présentait depuis son enfance des terreurs nocturnes, des cauchemars et du somnambulisme. Sa maladie nerveuse s'était surtout aggravée à l'âge de 20 ans ; depuis, il avait facilement des maux de tête et des sensations de vertige ; il manquait totalement d'énergie et parfois n'avait pas envie de travailler. Il restait souvent alité. Lorsqu'il s'énervait, ses mains tremblaient et il avait des palpitations.

Il était peureux dès l'enfance, craignait le maître d'école, était timide avec les étrangers et était très taquiné par ses camarades parce qu'il n'avait pas de « cran ». Il se sentait tout faible lorsqu'on le grondait. Il est très irritable ; l'irritation le laisse des semaines entières de mauvaise humeur ; il est déprimé, dégoûté de la vie, se remet continuellement à penser à la cause de son énervement. Sa colère s'extériorise rarement. Toutefois, il a jeté, une fois, un camarade qui le taquinait contre un poêle. Il en a eu des remords pendant longtemps. Il n'a jamais encore de sa vie été vraiment gai, a toujours été d'humeur chagrine et au bord des larmes ; il est sensible. Il préfère être seul. Il ne peut supporter l'alcool ; il n'a aucun intérêt sexuel. Son contre-maître, qui l'aimait pourtant bien, le trouvait souvent entêté et ergoteur ; il ne se laisse pas facilement convaincre.

Il avait fréquemment des appréhensions hypocondriaques. Il pensait qu'il était tuberculeux ou qu'il avait le ver solitaire, il constatait dans la glace un amaigrissement progressif. Dès qu'on parlait d'une maladie, il croyait l'avoir découverte chez lui. Il avait tendance à des représentations obsédantes. Lorsqu'il mesurait la longueur d'une poutre, il devait la vérifier dix fois. Il se tourmentait souvent d'avoir mal exécuté une commande, d'avoir pu oublier quelque chose. Avant de poster une lettre, il la relisait encore sur le chemin conduisant à la boîte aux lettres. Il lui était pénible d'écouter le chant de ses camarades ; pendant qu'il chantait, il était forcé de penser à des choses désagréables qui lui étaient arrivées.

Dès sa jeunesse, les idées de relation morbides étaient chez lui très tenaces. Dès l'école, sitôt qu'il apercevait un groupe de personnes qui causaient et dont il ne pouvait saisir nettement la conversation, il lui semblait qu'on parlait de lui. Dans la rue, il avait toujours l'impression qu'on le regardait dans le dos. Ces idées s'accroissaient jusqu'à devenir un délire de relation ; il croyait alors être compromis ; par exemple, lorsqu'il avait jeté son camarade contre le poêle au cours de sa crise de colère.

Il croyait que tout le village ne parlait pas d'autre chose que de ce qu'il avait fait, s'imaginait que les gens le regardaient ; il entendait des propos qui se rapportaient à lui. A ce moment, il croyait fermement à tout ce qu'il remarquait. Il supposait que certaines personnes étaient cause de ce qui lui arrivait, ce qui le fâchait beaucoup. Actuellement encore, arrivé en permission, il croit que les gens jasant sur son compte parce qu'il n'a pas encore été au front. Il entend des allusions : « Celui-là doit aussi aller au front », ou « Celui-là court toujours. » Il le pensait même, il en convient actuellement, lorsqu'on parlait de toute autre chose. Il a pour cette raison écourté sa permission. Bachmayer est un homme très fort physiquement, large d'épaules. Le revêtement pileux des joues et du corps fait presque complètement défaut. Sa peau est délicate. Il a tendance au tremblement des mains et à une sudation abondante. L'expression du visage est douce et puérile, souvent craintive et gênée, les coins de ses lèvres tremblent, comme s'il allait pleurer. Il est le plus souvent déprimé, les yeux vite remplis de larmes ; toutefois, son humeur est influençable, bien que son rire sonne souvent un peu faux. A l'examen somatique, par exemple, si on lui touche le menton, il a des accès de rire, qu'il ressent lui-même comme compulsif. Ce rire n'est pas accompagné de gaieté. L'intelligence est légèrement au-dessous de la moyenne, toutefois suffisante. L'observation du malade à la clinique où il s'est bien comporté, où il a été discipliné, a pris fin le 24 juillet 1917, date à laquelle le malade quitta la clinique.

Théodore Knecht, comptable de la Caisse d'Épargne, est aussi une personnalité typiquement sensitive. Dès son enfance, il est un peu enclin à la méfiance. A l'âge de 23 ans, à la suite de ses fiançailles, il a un accès de jalousie morbide.

On ne trouve rien dans son observation sur la structure psychologique de cette crise. Elle était probablement comme celle du cafetier Held, d'origine réactionnelle sensitive. De toute façon, cette supposition est étayée par le fait de son attachement profond à la jeune fille, par des regrets amers et par des tourments intérieurs au cours des années qui suivirent. La phase de jalousie a duré plusieurs années et se termina à l'époque de la rupture des fiançailles. Après une brève période intercalaire, le malade fut atteint, après la trentaine, d'une neurasthénie d'épuisement, à la suite d'un surmenage professionnel. La conséquence de cet état fut une tendance diffuse aux idées de relation morbides dépourvues d'un noyau issu d'une expérience vécue. Après une période de repos, son état s'était considérablement

amélioré. Cette tendance aux idées de relation n'avait jamais disparu complètement, elle est restée toutefois dans des limites raisonnables pendant dix ans environ, se présentant alors comme une particularité associative propre au malade dont il s'est accommodé ; elle a, en général, une faible valeur affective et n'influence en rien sa vie professionnelle et sociale. A l'âge de 41 ans, de nouveau après un surmenage nerveux, il y a une rechute. Nous observons alors les oscillations caractéristiques entre le délire et l'obsession, propres aux névroses sensitives (le malade lui-même parle parfois des « idées obsédantes »). Nous voyons également l'influence exercée par les facteurs psychologiques, surtout par les sentiments d'une insécurité plus ou moins forte, en liaison avec les conditions extérieures ; on constate aussi un prompt évanouissement du trouble à la suite d'un repos et de l'intervention médicale. Nous avons appris plus tard que le malade s'était suicidé, selon toute probabilité, au cours d'une nouvelle exacerbation de son état.

C'est le seul cas dans toute notre série de documents où le délire de relation se présente comme un équivalent d'une neurasthénie, c'est-à-dire où son éclosion se produit exclusivement à la suite de l'épuisement nerveux sans action spécifique d'expérience intérieure. Mais une autre conception est encore bien plausible, notamment celle de considérer le traumatisme psychique du temps de ses fiançailles comme une expérience pathogène de base qui avait conditionné toute l'évolution ultérieure du sujet. Il s'agirait donc d'envisager cette grande labilité et cette tendance à la névrose de relation au cours des années suivant les fiançailles comme un état résiduel, comme une névrose de relation *secondaire*, comme nous l'avons, par exemple, constaté dans le cas Renner. Chez cette malade également, l'expérience pathogène elle-même a été maîtrisée et il n'en est resté qu'une tendance aux idées de relation, exacerbée par les éléments de fatigue. De toute façon, nous savons que la réaction de Knecht à ses fiançailles était nettement morbide et que, longtemps après la rupture, il élaborait encore son comportement à l'égard de sa fiancée spécifiquement dans le sens d'une insuffisance humiliante. Il est même fort probable que cette première expérience, comme nous l'avons vu dans nos cas précédents, ait imprimé à sa personnalité sensible et tarée, à son estime de soi et à sa confiance en lui-même ce pli durable qui expliquerait la tendance ultérieure aux idées de relation. Cette supposition ne permettra évidemment plus de classer l'histoire de ce malade dans les névroses de relation habituelles. De toute façon, il est indispensable d'approfondir davantage un problème posé par ce cas,

notamment celui de la signification indépendante de l'épuisement nerveux.

Théodore Knecht, comptable, né le 21 octobre 1868. Le comptable de la Caisse d'épargne, Knecht s'était présenté spontanément à la clinique de Tübingen, le 22 juillet 1909. Il était à ce moment très triste et découragé. Sa sœur raconta qu'il a presque pleuré en prenant congé de son chien qu'il aimait tendrement. Le malade parlait d'une voix fatiguée, faible, éteinte; il donnait des renseignements très consciencieusement, entrait dans les moindres détails, ne voulait rien négliger pour faciliter la guérison. Voici l'histoire de sa maladie: il y a 8 à 10 ans, très nerveux déjà, il a senti que ses forces l'abandonnaient après un gros surmenage nerveux causé par son travail; à la suite de cette neurasthénie et de l'insomnie concomitante, il a été incapable de travailler pendant 6 semaines et, à ce moment, il a commencé progressivement à avoir le sentiment que les gens lui portaient exagérément attention; il lui semblait qu'on parlait de lui et qu'on le désignait par gestes. Il n'avait plus conscience de lui-même, il n'avait pas la même assurance qu'au-paravant. Ainsi, les idées de relation lui venaient surtout dans la rue et à la maison; elles n'apparaissaient presque pas à son travail où il se sentait supérieur, grâce à son habileté professionnelle. D'ailleurs, les choses se passent encore ainsi actuellement. De plus, il lui semblait entendre des allusions dans les propos des gens: « Papa, est-ce que c'était un billet de 1 000 marks? » demandait de façon étrange un enfant lorsqu'il rendait un mark, et le père répondait: « Tais-toi, il nous écoute. » En dehors de cela, il était souvent frappé par des expressions comme: « 1 000 marks », « 2 000 marks », « celui-ci, là-bas », « est-ce possible? », « évidemment, c'est lui », « aurait-on pu le penser? ». Il ne pouvait leur donner une autre explication qu'en pensant à une erreur qu'il aurait commise dans son travail. Il cherchait scrupuleusement, mais ne trouvait rien. Finalement, il est allé demander au chef s'il s'était passé quelque chose dans l'entreprise; il entendait toujours des allusions qu'il ne comprenait pas. Son chef lui jura sur l'honneur qu'il n'y avait rien eu, c'est ce qui le tranquillisa. Il s'était alors rendu compte du caractère morbide de ses idées. Même au cours de son congé, qui a duré 6 semaines et qu'il a passé dans une ville d'eau, il lui semblait souvent, que dès qu'il quittait la maison pour aller se promener, les gens lui faisaient des signes, comme s'ils voulaient lui indiquer le chemin à suivre.

Depuis, il a pu continuer son travail, pendant de longues années. Bien qu'il ait toujours eu un penchant à tout rapporter

à lui-même, il s'habitua à opposer une indifférence à cet état, de façon telle que ces pensées ne le gênaient plus. Il n'a pas non plus remarqué qu'il ait eu plus de difficultés dans son travail. De temps en temps, il avait l'impression qu'on voulait découvrir une erreur dans son travail, ce qui le rendait profondément malheureux. Ceci se produisait sans raison extérieure. Il allait, par exemple, le soir, dans un café; il était de bonne humeur. Dans la salle, son attention était attirée par quelques gestes des personnes assises à une table voisine et il se sentait forcé d'écouter leur conversation. Aussitôt, sa méfiance s'était éveillée par des paroles telles que: « C'est possible », « Ce n'est pas possible », « Je ne le crois pas. » A ces moments, il essayait de découvrir des intentions cachées derrière ces paroles. « Il aura peut-être une prime. » Ou, pensait-il, il s'agit d'un ennemi, d'un malentendu? Bien qu'il lui arrivât d'y penser pendant de longs mois, il chassait de nouveau ces idées par des preuves du contraire. Pendant un certain temps, il avait soupçonné un collègue et supposait qu'on voulait le priver de sa situation. Toutefois, il se disait que ce n'étaient que des soupçons et il se gardait bien que ces idées ne lui fassent commettre la moindre injustice à l'égard de qui que ce soit.

La première aggravation sérieuse, depuis le début de la maladie, date seulement du mois de mars 1909. C'est de nouveau une réaction à une période exténuante de travail. Cet état a débuté également par une insomnie. Il voyait la nuit un genre d'« ombres chinoises », mais à l'état vigile il se disait que cela n'était rien du tout. Toutefois, une nuit, il en fut tellement énervé qu'il ouvrit les portes, déplaça les meubles et se prépara à faire une promenade. De nouveau, il commençait à être inquiet par des allusions à son égard: « C'est de sa faute si mon mari est dans cet état », « Il est là-bas à la Caisse d'épargne » ou « Celui-ci était vraiment trop bien jusqu'à présent. » Sur ces entrefaites, il prit un congé de 6 semaines, alla voir sa sœur; il s'y sentait comme chez lui et sa santé s'était de nouveau rétablie. Du 23 juin au 12 juillet, il fit une période militaire, mais brusquement, le dernier jour, il s'énerva, après deux nuits durant lesquelles il n'avait pas bien dormi, préoccupé par des choses liées à son travail. Au bureau, il lui semblait entendre des observations faites par des jeunes gens, leur comportement lui a également paru suspect. Il en parla à un de ses collègues qui lui assura qu'il n'avait rien remarqué de ce genre. Knecht en conclut qu'il était de nouveau malade et se rendit, comme il a été dit plus haut, à la clinique.

Il faut ajouter ici quelques renseignements sur la person-

nalité du malade et sur sa famille. Il est né d'un père bien portant, de caractère calme et d'une mère dont le tempérament passionné rendait la vie familiale excessivement orageuse et malheureuse. Le malade était lui-même d'avis que sa mère était excitable à un degré maladif. Les enfants ne devaient pas faire de bruit à la maison. Elle imposait sa volonté avec ténacité et tout devait être fait comme elle le désirait. Dans l'entretien de sa maison, elle était très exigeante, stricte, sévère, consciencieuse. Dans sa jeunesse, elle avait eu des crises de jalousie immotivée et plus tard, elle était constamment méfiante vis-à-vis de son entourage, en général : les domestiques étaient contre elle, on ne la traitait pas avec assez d'égards, son gendre était désagréable lorsqu'elle venait en visite. Toutefois, on pouvait toujours lui faire entendre raison. A l'âge de 56 ans, elle eut une attaque et mourut à l'âge de 68 ans à la suite d'un diabète. Deux fils de sa sœur étaient des malades mentaux. L'un d'eux présentait depuis 10 ans un délire chronique des grandeurs de caractère inoffensif, l'autre également avait des idées délirantes : tous les deux sont dans la même maison de santé.

Le développement psychique du malade, jusqu'à la fin de sa scolarité, a été marqué par l'ambiance familiale désagréable qui lui rendait difficile son travail, bien qu'il ait été assez doué. Il souffrait beaucoup moralement des scènes domestiques continues et donnait fréquemment l'impression d'être déprimé, nerveux, fatigué : sans doute, avait-il hérité de sa mère, en même temps qu'une nervosité générale, quelques-uns de ses traits principaux. Sa sœur raconte qu'étant encore enfant, il était sensible, se sentait facilement vexé et maltraité, avait une légère tendance à la méfiance. A l'âge de 23 ans, il s'était fiancé. Les fiançailles se prolongèrent pendant plusieurs années et finalement furent rompues, malgré l'amour réciproque des jeunes gens, parce que le malade tourmentait sa fiancée par une jalousie tout à fait absurde. Il pensait qu'elle ne lui portait pas assez d'intérêt, il s'énervait lorsqu'elle causait avec un autre, même lorsqu'un homme la saluait. Toutefois, la plupart du temps, il reconnaissait son tort et considère même maintenant sa jalousie d'alors comme pathologique. Il fut très traumatisé par la rupture de ses fiançailles et reconnaissait que le tort était exclusivement de son côté. Le regret et les reproches le tourmentaient, et, encore maintenant il a des remords de conscience. Actuellement, après plus de 20 ans, il va sur la tombe de la jeune fille, qui mourut peu après ces événements. Il ne peut faire son récit au médecin sans pleurer. En outre, il rendait fidèlement, pendant de longues années, visite tous les dimanches à sa vieille

mère qui, depuis son veuvage, habitait L... Il ne lui gardait pas rancune.

Il faut signaler que ce malade a toujours été doux et bienveillant et, en dehors des périodes de maladies, gai et sociable ; il n'aimait pas du tout à ruminer ses idées ou à se décourager. Nous avons déjà mentionné sa tendresse pour son chien. En outre, il aimait beaucoup la nature, faisait volontiers de longues promenades. Sa sœur considérait qu'il était un peu ambitieux. En tout cas, il était un employé dévoué et estimé, qui remplissait les obligations fatigantes de son métier avec une grande ponctualité et avec conscience, mais sans outrecuidance. Dans ses rapports avec autrui il est resté modeste et sans prétention.

Le médecin décrit le malade à son admission à la clinique comme suit :

C'est un homme très doux, consciencieux, qui ne s'est pas marié pour de nombreuses considérations d'ordre moral. Il s'énervait au bureau lorsque ses collègues faisaient de sottes plaisanteries, même si elles se rapportaient à d'autres que lui. Il se gardait toujours de lier trop étroitement ses idées de relation à des personnes déterminées de crainte d'être injuste. Il n'était bien que lorsqu'il se sentait sûr des gens : dans sa famille, ou dans son travail où il avait la conscience de sa supériorité et au grand air, lorsqu'il était seul. Mais dernièrement, une certaine incertitude apparut aussi au travail, surtout vis-à-vis des collègues plus jeunes. Lorsqu'il manque d'assurance il accuse une méfiance malade, suivie facilement d'idées de relation. Dès le début de son séjour à la clinique, il existait chez ce malade une conscience prononcée de son état morbide. Il parlait de ses idées de relation, comme de « pensées obsédantes ».

Il craignait que la force de résistance qu'il pouvait leur opposer ne soit plus la même qu'il y a dix ans, au moment du premier accès. Le malade lui-même rapportait sa singulière évolution psychique (surtout la tendance à la méfiance et à la jalousie), partiellement à l'hérédité maternelle, partiellement aux conditions déprimantes de l'ambiance familiale dans lesquelles il avait été élevé depuis sa jeunesse. Au point de vue physique, c'était un homme de petite taille, bien constitué. Il ne présentait aucun symptôme nerveux, sauf un dermatographe prononcé.

A la clinique, sous l'influence des paroles réconfortantes des médecins, son état s'améliora rapidement. Il séjournait volontiers à la clinique et ne faisait plus attention aux autres depuis qu'il s'était rendu compte que ses idées obsédantes avaient un caractère morbide. Une fois encore, ayant envoyé un mandat de 20 marks, il a entendu que quelqu'un disait au bureau de poste : « Attention ! ». Toutefois, il s'était lui-même vite tran-

quillé. Son état s'était amélioré à un tel point qu'après trois semaines de séjour à la clinique on ne pouvait plus constater chez lui aucun élément morbide. Il n'avait plus de tendances aux idées de relation mais aimait être seul, faisait de longues promenades et se trouvait bien dans sa solitude. Il ne manquait plus de courage comme au début et croyait maintenant fermement qu'il serait de nouveau apte à travailler. Il se réjouissait beaucoup de cette amélioration, était plein de reconnaissance pour les médecins, ce qu'il exprimait avec affection et sincérité. Son comportement était actuellement celui d'un homme qui fait face à la situation, mais une certaine insécurité anxieuse n'a pas été éliminée de son attitude. Il est resté bienveillant et modeste, tel qu'on le décrivait au début. Le 14 août 1909, il s'installa à R... pour passer le reste de son congé chez sa sœur.

Calamnèse 1917. — Entre-temps, Knecht s'était suicidé ; on n'a pu obtenir d'autres détails.

Eugène Heyberg, né le 10 décembre 1880, était commerçant. Sa mère souffrait de troubles cardiaques d'origine nerveuse. Depuis son enfance, il était très nerveux, a toujours eu un sommeil agité, des cauchemars, des terreurs nocturnes, des bouffées d'érythysme cardiaque. A la suite de petites contrariétés, il présentait des obnubilations et une forte sudation des mains. Il était déjà dans son enfance tellement sensible qu'un léger blâme provoquait chez lui des larmes ; il prenait à cœur chaque bagatelle, il les intériorisait, était malheureux, ne mangeait rien pendant plusieurs jours, dissimulait les expériences désagréables de façon à ce que l'on ne puisse rien tirer de lui. Malgré sa grande excitabilité intérieure, il ne manifestait jamais de colère ; il était pour cela trop timide et se sentait gêné. En compagnie de ses camarades, il était gai et sociable, mais cachait sa sensibilité. Lorsque les autres tourmentaient les animaux, il en avait pitié et se sauvait ; il pleurait en écoutant des discours funèbres et avait peur de l'obscurité. Il aimait voyager et écrivait des pièces de théâtre, il pensait aux pays étrangers. Il se fatiguait vite en faisant ses devoirs scolaires ; il pouvait au plus supporter une heure de travail ; il trouvait que le latin et l'histoire étaient des matières difficiles. Toutefois, il passait pour un élève moyen et réussissait aux examens de passage.

Plus tard également, il restait longtemps maussade, « mélancolique » à l'occasion d'expériences désagréables. A l'âge adulte, il se rendit compte qu'il n'avait pas une attitude énergique et sûre ; s'il était obligé de prendre de telles attitudes, un fort énervement s'emparait de lui et il se sentait ensuite fatigué. Très orgueilleux, il ressentait douloureusement ses faiblesses.

Il finit son apprentissage à 18 ans et, depuis, eut des places de commis de plus en plus indépendantes. A partir de 25 ans, il a été voyageur de commerce et à 34 ans, s'installa à son propre compte.

Vers sa 20^e année, il a commencé à sentir une tendance à l'indécision, à l'anxiété et aux représentations obsédantes. Lorsque, dans le travail, il fallait prendre une décision difficile, il n'arrivait pas à le faire ; il pesait indéfiniment le pour et le contre, revenait toujours à la même idée, avec une irritation grandissante, ensuite avec une forte angoisse et une vive oppression. Lorsqu'il se trouvait sur un pont ou à un étage supérieur, il ressentait une envie de se précipiter en bas ; il avait une propension à ouvrir plusieurs fois les lettres cachetées et à en vérifier le contenu, à s'assurer le soir de la fermeture des portes. De plus, il se tourmentait à propos de chaque commande qu'il croyait avoir mal exécutée. Cet état est encore très prononcé actuellement.

De 20 à 25 ans, il eut fréquemment des sentiments vifs et désagréables qu'il rapportait à lui : tout le monde l'épiait dans la rue ; lorsque les gens parlaient, c'était de lui qu'il s'agissait ; il se retournait souvent pour le vérifier. Ce sentiment lui venait à ce moment tout à fait régulièrement ; il était diffus et n'était lié à aucune expérience déterminée et pénible. Quelquefois, il ne s'attachait à aucun sujet précis, parfois il se rapportait à ses vêtements et il examinait son chapeau et les boutons de son veston s'ils n'attiraient pas l'attention générale (en dehors de cela, ses exigences vestimentaires étaient très raffinées). Plus tard, ce trouble disparut totalement, mais reparaissait de nouveau lorsqu'il avait un chagrin ou était énervé. Par la suite, il se mit à souffrir plutôt de troubles nerveux somatiques : vertiges, insomnies, inappétences, tics des épaules. Il réagit par une hémiparésie hystérique et par un violent tremblement à son appel sous les drapeaux ; alors que les troubles psychiques ne se manifestaient pas de façon plus accentuée. C'est à ce moment que nous avons commencé à le soigner à la maison de santé de Margentheim.

L'observation clinique du commerçant Heyberg se trouve dans nos conclusions. Il illustre les états transitoires des névroses de relation habituelles aux états de neurasthénie psychique habituelle, qu'on voit en clientèle. Heyberg, nature sensitive, présente dès son enfance, des troubles névropathiques multiples. Vers l'âge de 20 ans, au moment de son entrée dans la vie professionnelle, lorsqu'il doit assumer des responsabilités, il présente une névrose obsessionnelle. En même temps, une tendance à

un sentiment de relation vivace et diffus. Tandis que la névrose obsessionnelle persiste sans changement, les troubles à caractère de névrose de relation s'atténuent spontanément après une durée de 5 ans environ, pour n'apparaître ultérieurement qu'au moment des fluctuations de sa vie psychique. Toutefois, la névrose de relation forme encore ici une composante indépendante et marquante dans l'ensemble de cet état nerveux et pour cette raison elle est pour nous d'un intérêt remarquable. On trouve plus souvent dans les névroses obsessionnelles simples le sentiment pénible, passager, d'être observé. Ce sentiment est une représentation obsédante parmi d'autres ; ni subjectivement, ni objectivement, elle n'a d'importance réelle en tant que symptôme partiel. Mais un interrogatoire médical serré permet de le faire ressortir dans beaucoup de cas de névrose obsessionnelle.

CHAPITRE IX

RÉSUMÉ ET DÉLIMITATIONS

Le délire de relation sensitif représente un type déterminé de maladie ou un type réactionnel paranoïaque bien caractérisé par son étiologie, ses symptômes et la forme de son évolution.

Principaux signes étiologiques

1° Le délire de relation sensitif apparaît le plus souvent sur un fond d'hérédité très chargée chez des individus présentant une labilité accentuée d'ordre réactionnel et, parfois, d'ordre endogène.

2° La constitution psychopathique innée se signale, dans son aspect biologique général, avant tout, par sa grande fatigabilité. L'épuisement causé par le travail ou par la pression des affects représente un important moment auxiliaire dans l'évolution de la maladie. La constitution sexuelle représente, en même temps qu'une netteté des tendances pulsionnelles, une difficulté de contact avec le sexe opposé, une inhibition extrêmement forte des pulsions et un manque d'instinct érotique. Elle montre les stigmates d'une maturation partiellement retardée.

3° L'édification de la maladie, les éléments endogènes précités ayant été admis, est psychologique et réactionnelle, caractérisée par la triade que forme le caractère, l'expérience vécue et le milieu.

4° Le délire de relation de sensitifs est conditionné par la disposition caractérielle (1) ; il se forme selon des règles précises : plus la disposition est sensitive, plus les manifestations du délire

(1) Il est évident que c'est un grand malentendu de prétendre, comme l'ont fait certains auteurs, que nous considérons chaque délire comme conditionné par les dispositions sensitives.

sont typiques. Le caractère sensitif est éminemment asthénique. Il se place, du point de vue psychologique, entre le caractère expansif et le caractère asthénique pur. Il est caractérisé par un défaut d'expansion, une incapacité psychique d'opérer une décharge. La névrose de relation sensitive se distingue de la variante obsessionnelle du caractère sensitif par le contraste plus accentué des tensions intérieures. La personnalité d'un névrosé sensitif présente, d'une part, une douceur extrême, une faiblesse, une subtilité, une vulnérabilité et, d'autre part, un certain degré d'ambition, de conscience de soi et de ténacité. Les représentants les plus achevés de ce groupe caractériel sont des individus compliqués, de haute intelligence et de grande valeur ; ils possèdent une sensibilité fine et profonde et ont une éthique scrupuleuse. Leur vie psychique intériorisée et hypersensible fait qu'ils sont une proie facile aux moindres épreuves de la vie. Ils renferment profondément leurs affects sous pression et les gardent longtemps en eux. Ils s'analysent et se critiquent avec raffinement. Ils sont très susceptibles et tenaces, mais en même temps affectueux et confiants. S'estimant à leur juste valeur, ils sont pourtant timides et manquent d'assurance dans leur comportement. Bien que repliés sur eux-mêmes, ils sont humains et d'un abord facile ; ils sont modestes, mais ambitieux dans leurs projets et ont une activité sociale extrêmement intense. On ne trouve pas chez des sujets atteints de névrose de relation, la mesquinerie et la pédanterie propres aux obsédés. Ils ne sont pas si fortement tourmentés et, en moyenne, ils ont une structure pulsionnelle moins complexe. Toutefois, des troubles très légers de développement sexuel peuvent se rencontrer également dans les névroses de relation. Dans ce cas, ces individus, d'humeur grave, ont tendance à des troubles réactionnels d'un effet durable, mais il ne s'agit pas généralement chez eux d'une dépression constitutionnelle. Dans certains cas, ils peuvent même, à la rigueur, être désignés comme sanguins, de par la labilité de leurs accès de joie et de peine.

5° L'expérience vécue qui provoque le délire de relation sensitif repose sur le mécanisme de la répression, suivie par l'inversion — trait caractéristique chez les sensitifs. Ce mécanisme se distingue nettement, en premier lieu, de la rétention de l'expérience d'un paranoïaque expansif par l'absence d'une extériorisation libre des affects ; en second lieu, il se distingue des formations complexes des hystériques par l'élaboration consciente de l'expérience. Dans les caractères sensitifs, l'expérience qui provoque le sentiment d'une insuffisance humiliante

agit régulièrement comme facteur pathogène. L'échec moral entraîne inexorablement le sensitif à se plonger de plus en plus dans une lutte avec lui-même, aussi vaine que secrète. Car, dépourvu d'un égoïsme robuste, il est doté par contre d'un psychisme subtil et profond ainsi que d'une grande capacité d'intériorisation. Le retour compulsif de la série des représentations réprimées crée une tension psychique accablante qui transforme finalement le contenu primaire de l'expérience en un délire de relation. Ce dernier est un reflet extérieur et concret de l'auto-dévalorisation intérieure du sujet. Les influences psychologiques réciproques entre le caractère et l'expérience représentent dans le délire de relation sensitif la cause primordiale de la maladie. C'est pourquoi les faits réels qui amènent l'éclosion de la maladie ne sont, en aucun cas, des faits quelconques, mais suivent certaines lois qui, même chez un individu normal, à caractère sensitif, provoquent habituellement les mêmes complications psychiques graves. Pourtant, dans ce cas, elles n'aboutissent pas à une affection psychique. Ce sont les conflits éthico-sexuels qui, en premier lieu, possèdent une force pathogène. Les luttes de conscience des masturbateurs, lorsqu'il s'agit de névroses légères, sont connues depuis longtemps. Un groupe analogue d'expériences vitales est représenté par l'amour tardif des vieilles filles. On doit ajouter à ces facteurs l'échec dans la lutte contre les tendances perverses abhorrées, comme dans le cas Wagner, et les problèmes éthiques de la vie conjugale, comme dans le cas Kluge. Le rôle important joué dans l'éclosion de la maladie précisément par les complications d'ordre éthico-sexuel s'explique d'une part, par le fait que les psychopathes de toutes catégories tendent à survaloriser la sphère sexuelle et qu'ils présentent souvent des anomalies réelles, qualitatives et quantitatives, de la vie pulsionnelle. De plus, des contradictions existantes entre l'extrême rigueur et l'unilatéralité de la morale sexuelle courante constituent un piège tout indiqué pour la scrupulosité des sensitifs.

Enfin, la contrainte conventionnelle qui oblige à dissimuler ce qui se rapporte à la sexualité, renforce fatalement la tendance du caractère sensitif à la répression de l'expérience intérieure. Toutefois, nous ne pensons nullement que la sphère sexuelle ait le monopole dans l'étiologie du délire de relation sensitif, comme l'enseigne la doctrine psychanalytique des névroses. Nous avons observé que des complications correspondantes surgissent dans d'autres domaines importants de la vie, principalement dans le domaine professionnel. Dans ce dernier cas également les causes de la maladie ne sont pas dues au hasard (Wernicke, Margulies),

mais d'une part, à la suite des événements d'importance vitale, qui pourraient troubler profondément et de façon durable même, le psychisme des non-psychopathes. D'autre part, ces causes se rapportent aux problèmes de la morale personnelle, dans le sens d'un échec humiliant de l'individu, en prise avec les exigences posées par sa profession et que lui-même s'était imposées dans ce domaine.

Pour éviter les malentendus, il faut encore souligner ici que le point de vue que nous rapportons concernant le rôle dominant de l'expérience vécue dans le délire de relation sensitif, repose avant tout sur l'étude directe et personnelle de tous nos malades. Notre opinion ne se base pas sur une méthode controversée d'examen psychologiques et encore moins sur des interprétations savantes, mais contestables, des relations psychologiques entre les fragments isolés des représentations morbides que le sujet nous livre. Nous établissons les bases essentielles de toute la psychose sur l'unique expérience fondamentale qui apparaît, de façon convaincante, directement au cours du simple entretien médical : toutes les relations sont signalées par le malade lui-même et non déduites par le médecin.

6° *Les influences du milieu.* — Les influences du milieu ne sont pas des causes essentielles du délire de relation sensitif. Toutefois, elles sont souvent des facteurs importants et co-déterminants. Elles sont étroitement liées au caractère du malade, à son attitude éthique à l'égard de l'expérience, dans la mesure où ce caractère et cette attitude créent le milieu qui, par la suite, agit à son tour sur eux. La formule qui exprime l'influence du milieu sur l'éclosion de la maladie est la suivante : une situation humiliante amène une tension du sentiment de soi. De la même façon que l'expérience, les influences du milieu exciteront de façon spécifique, conformément aux lois précises, les deux composantes du caractère sensitif : son sentiment asthénique d'insuffisance et sa conscience sthénique de soi. Et c'est ainsi que cette tension en s'accroissant, provoque l'éclosion de la maladie. Comme nous le savons, ce sont surtout certaines conditions de la vie professionnelle des femmes célibataires qui jouent un grand rôle dans ces cas. Et, ce sont également, comme nous l'avons vu, certaines constellations d'ordre social et religieux d'une petite ville de province qui jouent le même rôle dans la vie de vieilles filles de l'ancien temps. Des situations tout à fait analogues sont créées par les conditions de vie de paysans célibataires, ainsi que par les conditions de vie des autodidactes ambitieux du milieu ouvrier. A ces cas

s'apparente de près la situation sociale et spirituelle, si équivoque, de l'instituteur (Wagner, Urban). D'une part, cette situation implique certaines exigences et, d'autre part, elle ne rencontre pas assez de considération car ces individus, tout en ayant des situations en vue, manquent de formation spirituelle supérieure.

Nous pouvons donc résumer l'aspect psychologique de l'édification du délire de relation sensitif par la formule suivante : le délire de relation sensitif prend naissance dans les influences accumulées des expériences typiques ou dans l'influence des situations vitales typiques sur des dispositions caractérielles typiques et sur des labilités constitutionnelles. Ceci a lieu souvent avec le concours des constellations sociales typiques. Si ces trois facteurs ont provoqué une répression morbide, le facteur biologique d'épuisement contribue activement au déclenchement de la maladie. Et, à l'inverse, une lassitude neurasthénique peut faciliter grandement l'apparition de répression dans les caractères sensitifs.

C'est ce qu'on peut dire à propos de l'étiologie.

La symptomatologie du délire de relation sensitif est nettement dominée par quelques facteurs étiologiques structuraux. Ces facteurs principaux sont : la répression de l'expérience et l'épuisement. Le noyau de la maladie est représenté par un délire de relation polarisé, prenant pour le point de départ une base affective nuancée, placée entre une insécurité humiliante et une auto-accusation provoquant le désespoir. Cette symptomatologie peut se résumer comme suit :

1. Au paroxysme de la maladie, le contenu des représentations et la situation affective sont fortement centrés sur l'expérience pathogène ;
2. Les symptômes des psychoses sensitives manifestent une forte accentuation des propriétés inhérentes au caractère sensitif ;
3. Le tableau clinique est souvent teinté de symptômes d'épuisement neurasthénique.

L'expérience vécue, ou la situation vitale sous-jacente, est dans les cas typiques tout simplement un élément primordial ; sans elle la maladie se réduirait à rien : cet élément, par sa répétition compulsive, fournit continuellement des thèmes à l'auto-accusation dépressive, à l'appréhension hypocondriaque de grossesse, de ramollissement cérébral ou de maladie de la moelle

épineière, à des accès d'angoisse et de désespoir. En outre, il se produit une tension de volonté épuisante et improductive. L'expérience vécue est également la source de l'humeur et le but de la pensée dans le délire de relation aussi intense et aussi ramifié que celui-ci puisse être. Toutes les idées, celles d'avoir subi des préjudices et de se sentir observé par la famille et les camarades, par les gens et par les journaux, toutes les craintes de persécutions, que ce soit par la police ou par les tribunaux, prennent leur point de départ de cette expérience et reviennent toujours à la même source.

Et c'est toute la personnalité sensitive qui vit la psychose. Le délire de relation lui-même est une image spéculaire exagérément grossie de l'insécurité et de la timidité inhérentes à cette personnalité. Les oscillations particulièrement profondes entre la conviction morbide et la prise de conscience de la maladie, la fluidité, l'influencabilité et la clarté réduite du sens du réel, le sentiment constant de la maladie, les fluctuations, avec tous leurs degrés de transition, entre une véritable représentation délirante et une véritable représentation obsédante reflètent en même temps fidèlement la capacité accrue d'un sensitif à l'auto-critique, que son indécision et que son manque de volonté combative. Ces oscillations montrent aussi la parenté étroite entre un sensitif atteint d'une psychose sensitive et un obsédé. Lorsque nous voyons un sensitif, atteint d'une maladie mentale, diriger contre lui-même la pointe la plus aiguë de son affect tourmenté, angoissé, désespéré, il nous fait connaître sa sensibilité intérieure, sa scrupulosité morale, dont il fait preuve également dans les phases normales de son existence. Le caractère éminemment défensif du délire de relation dans des cas purs, l'absence d'explosions agressives, malgré une extrême tension des affects, les précautions et la prudence dans l'appréciation des motifs de son adversaire présumé font encore ressortir davantage, au moment de la maladie, l'altruisme, le sentiment enraciné de justice, l'honnêteté comme aussi l'incapacité spécifique des natures sensibles à une décharge complète des affects. La composante hypocondriaque du tableau clinique traduit un souci anxieux. La manière dont le sensitif éprouve sa maladie, qui s'oppose nettement à l'attitude de l'hystérique, l'amertume causée par la conscience douloureuse de sa propre inutilité, la faiblesse et le besoin de ménagement, l'effort en vue de son rétablissement correspondent au désir d'activité et à des aspirations sociales. D'autre part, également, la grande susceptibilité personnelle correspond à l'exacerbation du sens de l'honneur et à son estime de soi ; la confiance témoignée aux médecins,

la recherche de leur aide montrent le besoin d'appui ressenti par l'individu sensitif.

Enfin, le tableau symptomatique du délire sensitif, dans son expression achevée, reflète l'état d'épuisement psychique. Ce n'est pas l'atteinte simple du paraphrène qui, bien qu'il soit également sous l'impulsion des affects, se consume finalement dans un processus cérébral et s'y adapte ; c'est encore moins une défaite spectaculaire, après une lutte partielle, qui apparaît vaguement, à travers toutes les déviations dans les psychoses hystériques les plus complexes. Cette symptomatologie a trait plutôt à des individus qui, en tendant toutes leurs faibles forces, étaient tourmentés pendant des années par leurs conflits. A cette catégorie des phénomènes appartient, non seulement une manifestation nette des symptômes neurasthéniques d'ordre somatique, en tant qu'entrée dans le délire de relation et en tant que son escorte, mais aussi la lassitude physique, la défaillance psychique progressive et la baisse rapide du rendement professionnel, le sentiment profond d'insuffisance et encore une inquiétude incessante et l'incapacité de concentration. A cela s'ajoute une atteinte de l'expression mimique, une labilité larmoyante de l'humeur et des oscillations caractéristiques entre l'hyperexcitabilité et une détente profonde, suivie d'apathie.

A part ces propriétés générales des affections sensibles, on peut grouper sous quatre chefs différents toutes la richesse de leurs manifestations particulières. Ainsi peut-on distinguer : des paranoïas systématisées, des délires de relation sensitifs aigus, des névroses de relation et des poussées délirantes brusques apparentées aux névroses obsessionnelles. Des combinaisons et des mélanges divers peuvent se produire entre ces états. Le type de délire de relation sensitif qui correspond, à peu de choses près, au tableau symptomatologique de la paranoïa est de beaucoup le plus fréquent, mais ne peut se trouver ni de façon si courante, ni sous une forme si pure, qu'il puisse servir de norme à ce type. Il est important de souligner ce fait pour des raisons qui ont trait à la terminologie. On constate dans ces cas, à côté d'une conservation de logique formelle et du bon sens, un délire de relation systématisé. Ce dernier peut avoir pour contenu l'idée du mépris général, des allusions malveillantes de la part de certaines personnes, l'idée d'être surveillé — tout cela élaboré dans le sens d'une expérience humiliante — ou bien il peut se condenser pour devenir un délire de persécution judiciaire ou policière.

Cet état peut, dans certains cas, présenter pendant quelque temps une progression à l'instar d'une paranoïa. Ce qui distingue

la base psychologique et réactionnelle de ces états, dans leurs phases de plein épanouissement, de tous les autres états d'une paranoïa systématisée, c'est une diversité inouïe et une ramification subtile des idées de relation. Cet état nous était apparu chez Hélène Renner ou chez le Dr Kluge, lorsque les malades se livraient à d'innombrables combinaisons ingénieuses. Ils puisaient leurs idées de relation dans les conversations courantes les plus banales, dans les entrefilets des journaux, les thèmes et les activités professionnelles, ainsi que dans les allées et venues des gens de l'entourage, des froissements des habits, des bruits des portes ou des appareils de chauffage. Comparons à cette finesse des détails par exemple la structure massive d'un délire de revendication qui, en dehors des lignes fondamentales du délire, produit des pauvres idées d'interprétation, en tout cas des idées uniformes et simples. Nous comprendrons alors combien profondément ce symptôme est lié précisément à la manière dont l'expérience est vécue par un sensitif. Si, à la timidité et au manque de confiance en soi, on ajoute une expérience humiliante, on voit déjà, même en psychologie normale, se former un tout autre terrain pour alimenter des sentiments de relation, que cela n'est le cas dans tous les sentiments de préjudice et de grandeur propres aux caractères sthéniques.

Le délire de relation atteint son degré suprême lorsque l'état paranoïaque se transforme en un délire dissociatif aigu. Ce dernier apparaît, en phase critique de courte durée, au paroxysme des psychoses sensitives les plus graves. Son aspect psychique se caractérise par les tensions extrêmes des affects, et son contenu, par l'apparition des groupes de représentations catatoniformes, d'influence physique, de transmission de pensée et des sentiments d'étrangeté. En plus, il se traduit par un relâchement des liens associatifs et par une tendance à transformer le désespoir en un délire de grandeur. Son tableau symptomatique se distingue aussi des états schizophréniques, dans l'acception restreinte de ce terme, par l'absence d'une conscience concrète, immédiate de l'expérience délirante, par une fluctuation constante du sens du réel, par l'absence de l'attitude artistique, par une attitude affective naturelle d'un abord facile et par de la sociabilité. La psychose aiguë d'épuisement d'Hélène Renner nous a fait connaître une forme pure de délire de relation sensitif. On pouvait la considérer comme telle par son analogie avec un surmenage physiologique, par le contraste de l'hyper-excitabilité affective avec un état fondamental de détente apathique et grave. A ceci s'ajoutaient des symptômes

correspondants de manque de résistance associative et perceptive, l'insuffisance et la qualité inférieure de son rendement. A côté de cette forme pure de délire d'épuisement, les points culminants de la psychose de Kluge présentaient une variante plus hystériforme du délire de relation sensitif. Ses particularités s'exprimaient par la tendance aux amnésies et aux modifications des états de conscience, par un psychisme plus explosif et par une allure accidentée de sa courbe affective. En tout cas, les psychoses sensitives graves naissent seulement sur le fond des tares héréditaires dégénératives très graves. Comme les psychoses dégénératives s'intriquent les unes les autres, en général, sans délimitation nette, il faudra toujours tenir compte que l'on peut trouver dans les psychoses sensitives des cas limitrophes et des cas de transition s'orientant vers le domaine de la schizophrénie et de la paraphrénie. L'apparition épisodique des contenus schizophréniformes dans les représentations ne prouve pas forcément l'approche d'une psychose processuelle, comme nous l'a prouvé l'observation de nos malades, poursuivie pendant de longues années. Toutefois, ce phénomène doit être considéré comme l'expression d'un ébranlement passager du soubassement endogène de la personnalité. Dans des cas, où des traits schizophréniformes isolés s'insèrent aux brefs moments culminants des psychoses, ayant évolué antérieurement et évoluant ultérieurement sous le signe de la réactivité psychopathique, on devrait trouver toutes les formes transitoires, jusqu'à des cas, où des dispositions caractérielles adéquates favorisent les formations des complexes sensitifs et des syndromes qui collaborent à l'édification d'une schizophrénie, pour finir par la suite en une désagrégation processuelle. L'intrication de tels mécanismes psychogènes et endogènes dans la schizophrénie a déjà été éclairée de façon convaincante par Bleuler.

Le type des bouffées délirantes apparentées aux névroses obsessionnelles, n'a pu être trouvé sous une forme nette que chez le tourneur sur bois de Friedmann. Cette névrose avait pour base une grave nervosité d'où surgissaient brusquement, à de courts intervalles, des idées délirantes, avec une vive contrainte passagère. L'indépendance apparente, le manque de relations entre les idées isolées distinguent ce tableau paranoïaque systématisé et le rapproche des névroses obsessionnelles.

*** Nous avons finalement englobé dans le terme « névrose de relation » tous ces états où la valeur de la réalité des idées de relation reste au-dessous de la limite psychotique. Nous définissons ainsi la nervosité à nuance sensitive, qui est dominée par le sentiment de relation et par des idées lâches de relation.

Les formes les plus bénignes du délire de relation sensitif se classent sous ce chapitre, formes où on trouve avant tout, le groupe des masturbateurs. Ce tableau clinique peut former une étape initiale prolongée des maladies mentales ultérieures. Mais ce sont surtout les névroses de relation secondaires qui ont de l'importance parce qu'elles peuvent, après la disparition d'un délire de relation sensitif, laisser un résidu durable. Ces névroses représentent simplement des traits de la disposition sensitive que la maladie disparue avait accentués. Elles se caractérisent, en outre, par des symptômes neurasthéniques d'ordre général, par une grande fatigabilité et par une labilité, par une scrupulosité hypertendue et une hypersensibilité d'où découlent des tendances aux idées de relation passagères, à contenu principalement asthénique. Ces états portent en eux les prédispositions aux rechutes psychotiques.

L'évolution du délire de relation sensitif confirme son caractère de réaction psychopathique. Cette évolution est, brièvement parlant, relativement bénigne. Elle aboutit dans les cas légers à la guérison. Les névroses de relation primaires réactionnelles, comme on le sait, n'arrivent pas, pour la plupart, entre les mains du psychiatre. Tout au plus les trouve-t-on accidentellement à la consultation privée du neurologue. On n'a, par exemple, signalé nulle part à un âge avancé, des traces de névroses juvéniles de masturbateurs (nous ne parlons pas, évidemment, des scrupules tardifs ayant trait aux « péchés de jeunesse », qui sont des phénomènes psychologiques normaux, ni non plus de la persistance des symptômes propres à la personnalité sensitive). Dans les cas où nous avons pu, après de longues années, établir une catamnèse, nous avons pu constater que la névrose de masturbateurs a été maîtrisée et corrigée, même dans les psychopathies aussi graves que celle de Pernsberger. Les psychoses plus légères, comme par exemple, celle de Käfer, ou des cas mixtes comme ceux de Urban et Held peuvent être complètement corrigées et disparaître sans laisser de traces, si l'intervention médicale a eu lieu à temps. A mi-chemin entre ces psychoses et les cas graves se place la forme d'évolution soulignée par Friedmann où, après quelques années « l'édifice délirant se retire à l'arrière-plan », sans que se réalise la « prise de conscience de la maladie ». L'humeur recouvre son équilibre, le délire liquidé se retire dans le passé, la vie professionnelle continue sans accroc. La personnalité est restée intacte et « relativement » guérie, c'est-à-dire sans que la prise de conscience de la maladie soit réalisée.

L'évolution des psychoses sensitives graves est un peu autre.

Dans les quatre cas particulièrement graves de notre matériel clinique : Renner, Feldweg, Brenner et Kluge (abstraction faite des cas expansifs mixtes), nous avons eu la chance de pouvoir surveiller l'évolution de la maladie pendant des années. Les quatre malades, ce qui est particulièrement important pour le pronostic de cette affection, ont repris leur activité professionnelle. Le Dr Kluge est sorti de la clinique manifestement tout à fait guéri, du moins pratiquement, après une phase aiguë et orageuse de sa maladie. La guérison s'est maintenue pendant 16 ans. Non seulement il continuait à exercer sa profession, mais son système nerveux a subi, sans contrecoup, l'épreuve d'un long service actif pendant la guerre. Cette évolution rapide et bénigne doit être mise sur le compte du fait qu'il ne s'agissait pas d'une personnalité sensitive pure et que dans la psychose elle-même, il y avait une intrication de traits hystériques pour lesquels le pronostic est en général plus favorable. Les trois autres cas se sont transformés, après une marche de la maladie qui tendait vers la chronicité (durée de trois à six ans) en une névrose de relation secondaire : l'affect n'a pas recouvré son équilibre total, une nervosité accrue avec tendances aux idées de relation persistait encore assez longtemps. Néanmoins, étant donné la gravité de la psychose, ce résultat final peut être considéré comme bien satisfaisant. Ces trois sujets exerçaient leur profession depuis des années et leur travail était fort apprécié.

On ne peut jusqu'ici affirmer que ces névroses de relation secondaire ont, dans tous les cas, une tendance à disparaître, progressivement et totalement, sous l'effet des conditions favorables. Il semble qu'il en était ainsi chez Brenner. En tout cas, il faut souligner que, même dans ces cas graves, toute la personnalité, avec ses traits particuliers, est restée intacte ; c'est seulement la labilité nerveuse innée des sujets qui apparaît encore plus accentuée. L'intelligence et le contact affectif avec l'entourage sont tout à fait irréprochables, il n'existe aucune trace d'isolement autistique, ni de bizarreries schizophréniques. Autant que l'on puisse juger jusqu'à présent, le délire de relation sensitif a plutôt tendance à régresser, à s'acheminer vers la guérison. Ou, comme dans les cas graves de délire de revendication, son évolution présente pendant longtemps une labilité et une réactivité avec des poussées épisodiques, survenant à l'occasion d'expériences déterminées. Mais, pour le problème de la paranoïa la forme d'évolution du délire de relation sensitif, qui a une importance plus grande, est celle où on trouve un appoint de composante caractérielle expansive. Tel était le cas de Wagner et de la malade de Bjërre. Ici, la tendance à la guérison spon-

tanée est plus faible, le stade de la névrose de relation secondaire fait défaut et le délire de relation sensitif peut présenter, pendant un certain temps, non seulement le tableau symptomatique, mais aussi l'évolution de la « paranoïa chronique » classique, pour, finalement, guérir ou du moins fléchir, après une plus ou moins longue durée. Il faut noter que non seulement Gaupp (et nous croyons qu'il a totalement raison), mais aussi Bleuler considèrent Wagner comme un paranoïaque. Bleuler, d'ailleurs, dans son traité, se rallie entièrement à la conception kraepelinienne de la paranoïa. Actuellement, on ne doit pas encore tendre à trancher définitivement le problème de savoir si des cas isolés graves de psychoses sensitives pures peuvent ultérieurement s'orienter vers un état processuel et progressif. Nous ne devons pas oublier combien la constitution psychopathique du malade, lourdement grevée par l'hérédité et le grand danger de récédive qui en découle, sont susceptibles de déconcerter le pronostic malgré la forme bénigne de certains cas isolés.

L'intuition, peu nette, qu'il s'agit ici seulement de quelque chose de « psychogène » aurait été bien fautive en application à ces cas, car il faut se rendre compte que, chez des individus de cette sorte, il existe un état cérébral inné, fortement anormal. Cette anomalie n'est pas créée par la réaction à l'expérience, celle-ci ne fait que la mettre en lumière. Nous reprendrons nos considérations sur le pronostic lors de la discussion sur le diagnostic différentiel entre le délire de relation sensitif et la paranoïa fruste de Gaupp.

Au sujet des particularités de l'évolution de la maladie, signalons que son début se détache beaucoup plus nettement dans notre tableau clinique que ce n'est le cas dans la « formation très insidieuse du délire » de la paranoïa fruste de Gaupp. L'origine du délire de relation sensitif, qu'il existe ou non une période préparatoire, dépend d'un événement extérieur qui fait surgir la psychose assez rapidement, parfois même brusquement. La psychose de Wagner était à point le lendemain de l'accomplissement du délit pathogène. La maladie de Kluge éclate, comme un orage, après sa convocation par la police. Pour la plupart, le terrain est préparé antérieurement par les excitations chroniques des expériences vécues. L'amour de la vieille fille grandit lentement dans la proximité quotidienne de l'homme aimé, sans avoir encore un caractère morbide, mais il est accompagné de remords de conscience de plus en plus intenses. Puis, un dimanche, lors d'un voyage d'étude, à l'occasion d'une conversation avec la tante, ou lorsque l'homme l'accompagne le soir, le délire se met soudainement à flamber. De même chez les

masturbateurs, qui sont déjà auparavant tourmentés, une brochure d'initiation joue le rôle d'une étincelle tombée sur un baril de poudre. Le voyage d'affaires exténuant de l'employé lui laisse un sentiment d'humiliation et d'amertume qui, avant de se manifester sous forme de psychose, avait depuis longtemps couvé en lui. Il faut remarquer que ces formes d'évolution correspondent parfaitement aux luttes intérieures de l'homme normal. Dans ce dernier cas, un amour longtemps dissimulé, une blessure non cicatrisée, laissée par un chagrin, troublent aussi longtemps le psychisme jusqu'à ce qu'un concours de circonstances extérieures amène brusquement une violente décharge affective.

Cette vive réactivité psychologique reste également l'indice caractéristique de la psychose sensitive dans l'évolution ultérieure de la maladie. Ce symptôme n'a rien à faire avec les rémissions trompeuses d'un processus s'orientant inexorablement vers la chronicité. Cette psychose est plutôt soumise aux influences des constellations extérieures comme c'est le cas dans les orages affectifs en psychologie normale. Le changement de lieu de séjour et d'ambiance ont un effet décisif sur les améliorations et les aggravations. Le transfert du bureau dans un endroit bruyant, au milieu d'un personnel nombreux, le retour au sein de la famille, dévote et incompréhensive, la perte d'un lien d'affection familial sont accompagnés des suites connues et durables ; de même une convalescence prolongée, un refus d'entreprendre un voyage d'affaires pour éviter une fatigue nerveuse, mais avant tout l'admission du malade, épuisé et troublé, dans une maison de santé où il se sent protégé, empêchent d'autres accès de se produire, continuent à donner un tour favorable à la maladie et amènent l'amélioration.

Ce comportement peut même être observé lors des incidences de la vie quotidienne, au cours des moindres chagrins ou des sautes d'humeur. Ainsi se constituent la variabilité accentuée et la mobilité de tout le tableau clinique, particulièrement, la fluctuation constante et irrégulière de la vie affective. En un mot, la courbe d'intensité en zigzag qui, précisément, caractérise les cas graves. En outre, là où interviennent des éléments primitifs, comme chez Kluge, elle prend des allures particulièrement brusques et inattendues. Toutefois, ces phénomènes s'observent aux points culminants des cas graves, tandis que dans les cas moyens on voit prédominer un tableau uniforme d'une tension et d'une dépression psychiques durables. Cependant, ce tableau trahit rapidement son caractère réactionnel sous l'effet des expériences peu importantes.

La forme de l'évolution du délire de relation sensitif n'est donc nullement schématique. Des réactions violentes (Kluge) guéries rapidement, une évolution qui s'étend sur plusieurs années pour aboutir à une guérison relative (Renner), une évolution rémittente avec des accès nettement séparés les uns des autres (le sénateur de Gierlich), ou des oscillations qui durent des années, entre les limites d'une poussée délirante et un état névrotique fondamental. Tels sont les types d'évolution extérieurement bien différents, mais qui doivent tous leur diversité à un ressort intérieur commun : à leur réactivité psychologique. En résumé, on peut dire : l'évolution du délire de relation sensitif est caractérisée :

1. Par sa vive réactivité psychologique au cours de toutes les étapes de la maladie ;
2. Par la tendance à la guérison dans les cas purs et légers ;
3. Par la conservation totale de la personnalité du malade, même dans les cas graves.

La durée de la maladie, dans le cas où existe une intrication des composantes primitives (Kluge), est de deux mois et demi ; dans les cas de psychoses sensitives pures la durée va jusqu'à 6 ans, si on ne prend en considération que la période des réactions véritablement psychotiques en réponse à l'expérience vécue. Si on inclut dans les psychoses sensitives les névroses de relation secondaires, les premières se transforment sans délimitation nette en un état de psychasthénie habituelle...

Toutefois, la fréquence de la maladie n'est pas énorme si on la compare au nombre total d'admission dans une clinique psychiatrique. Toujours est-il que du 1^{er} août 1913 au 1^{er} août 1914 trois cas furent admis à la clinique de Tübingen. Le nombre d'admissions de 1909 à 1914 fut de 8 (exception faite des cas de Held et de Urban, se situant tout à fait à la limite). Il est fort probable qu'il y eut encore quelques cas qui ne pouvaient être décelés, étant donnée la difficulté de recherches ultérieures dans les observations cliniques courantes, portant sur des malades admis avec des diagnostics différents. Ce tableau clinique n'est donc pas quelque chose d'exceptionnel et l'on doit l'avoir présent à l'esprit, lorsqu'on établit un diagnostic. Étant donné que ce tableau dépend des dispositions caractérielles, il est bien possible qu'il se rencontre plus fréquemment dans les populations souabes que dans d'autres.

Nous avons essayé, d'après le matériel réuni dans notre service de maladies nerveuses pendant la guerre, de nous faire

une opinion sur la fréquence des dispositions caractérielles sensitives dans les formes psychopathiques accentuées. Parmi des centaines de psychopathes, c'est à peine si nous avons vu une douzaine de névroses sensitives. Dans ce nombre, il y avait pour la plupart des obsédés ; deux cas seulement montraient, dans l'anamnèse ou à l'état actuel, des troubles accentués de névrose de relation, abstraction faite des éléments secondaires trouvés chez des obsédés. De même, des névroses de combat typique, où pour la plupart on rencontrait des attitudes paranoïaques centrées sur les ennemis professionnels, n'étaient représentées que par quelques cas. Ces remarques se trouvent, d'ailleurs, à peu près confirmées dans la vie de tous les jours, à savoir, que des formes réactionnelles psychopathiques non spécifiques propres aux groupes de primitifs et d'hystériques sont de beaucoup plus nombreuses, tandis que les réactions plus spécifiques, c'est-à-dire déterminées par le caractère et par la forme de l'expérience, propres aux névroses de combat et aux névroses sensitives sont exceptionnelles.

Les formes caractérielles, qui sont à leurs bases, possèdent des possibilités multiples et déterminées ; elles sont plus rares que celles du groupe caractériel des primitifs avec leur banalité et leur manque de relief.

En affirmant que le délire de relation sensitif, en tant que réaction psychopathique, prend son point de départ des dispositions caractérielles psychopathiques déterminées, nous avons par cela même décidé du tracé de ses limites.

Le délire de relation sensitif a donc dû trouver sa place dans le large ensemble des troubles psychiques de caractère psychopathique et réactionnel. Par conséquent, se conformant à la particularité de cette catégorie, on ne peut fixer une ligne de démarcation nette entre le délire de relation sensitif et les autres groupes de cet ensemble. Que l'on nous comprenne bien : le délire de relation sensitif est un genre d'affection nettement caractérisé, mais pas nettement délimité. Le groupe central des délires de revendication et des névroses obsessionnelles est tout ce qu'il y a de plus typique et en soi-même tout ce qu'il y a de plus ressemblant, mais ils sont absolument opposés l'un à l'autre. Et cependant, en allant du centre à la périphérie des tableaux cliniques nous voyons en général s'effacer lentement et progressivement des particularités saillantes. Des cas limites de groupes particuliers se combinent dans tous les sens, avec des cas limites des groupes voisins appartenant à l'ensemble du domaine psychopathique. Il arrive alors que des composantes particulières très diverses se combinent de telle façon que, finalement, grâce

à ces chaînons intermédiaires, des ponts sont jetés entre les types les plus éloignés et les plus dissemblables. Chaque recherche dans le domaine des caractères aussi bien physiologiques que psychopathiques est, dans le domaine de la réactivité, une recherche de typologie et non une recherche de délimitations.

Nous avons pu signaler à plusieurs reprises la parenté partielle du délire de relation sensitif et de la névrose obsessionnelle, parenté qui va jusqu'au point où disparaît toute séparation tranchée entre idées obsédantes et celles des formations délirantes sensitives qui se caractérisent par une appréciation hésitante de la réalité et par une rapide correction. Les différences multiples et fondamentales entre ces deux tableaux nosologiques, abstraction faite des différences quant au sens du réel, résident par exemple dans le comportement opposé à l'égard de la systématisation logique et de la continuité temporelle des idées morbides. Ces différences sont tellement évidentes qu'il est inutile d'en parler avec plus de détails. La différence essentielle des fonds caractériels entre ces deux maladies qui, partiellement, se ressemblent, réside, comme nous l'avons dit, en une tension en moyenne plus élevée et en un élément sthénique de contraste dans les névroses de relation, ainsi qu'en une diminution des éléments de tourments et de pédanterie et, en général, en une structure instinctuelle plus simple.

Ceci explique la différence très accusée entre les formes d'évolution de deux maladies, la prédominance des états habituels dans la névrose obsessionnelle et des états réactionnels dans la névrose de relation. La névrose obsessionnelle se rapproche plus du type des malformations psychiques persistantes dès le jeune âge jusqu'à la vieillesse. Dans les névroses de relation, il existe plutôt des accès limités dans le temps. Toutefois, même ici nous avons pu signaler des cas isolés où des graduations réactionnelles, d'intensité faible, surgissaient d'un sentiment de relation diffus, qui était plutôt étalé sur des étapes plus étendues de la vie. Nous les avons désignées comme des névroses de relation habituelle. Par contre, dans le chapitre II, en étudiant le phénomène d'inversion des représentations obsédantes, nous avons attiré l'attention sur le fait que des phénomènes obsessionnels pouvaient bien, en s'amplifiant par voie réactionnelle, aboutir à des psychoses graves. Plus même, nous pensons que la névrose obsessionnelle banale permet de déceler le moment où elle a pris naissance, en tant que réaction à des expériences déterminées, le plus souvent, au moment du passage de l'enfance à l'âge adulte. Cette dernière forme d'évolution ne pourra plus être considérée comme foncièrement différente de l'issue du

délire de relation réactionnel, lorsque celui-ci se transforme en une névrose de relation.

Cette forme d'évolution des états psychopathiques où une expérience vécue transforme une disposition psychique, auparavant latente, en un courant psychique qui ne revient jamais à son point de départ, peut être définie comme une évolution réactionnelle. Cette dernière peut être placée à mi-chemin entre une réaction simple qui peut, en un laps de temps limité, revenir à l'état psychique de base et entre une évolution autonome qui, lorsque les effets de certaines expériences font défaut, modifie une malformation innée dans la même mesure que le font le simple cours de la vie et la succession des années.

On a affaire à une réaction psychopathique dans un délire de relation simple et curable. On a affaire à une évolution réactionnelle dans les cas où le délire de relation se reconstitue partiellement ou lorsqu'il aboutit à une névrose de relation prolongée ou bien lorsque son déclenchement est dû à une névrose obsessionnelle durable. En ce qui concerne les vraies névroses habituelles et les vrais délires de relation habituels — ils sont à considérer comme des malformations psychiques ou bien comme des évolutions autonomes. La fluidité des passages d'une de ces formes d'évolution en d'autres est la même que celle sur laquelle nous avons insisté plus haut, à propos des tableaux psychopathiques symptomatologiques. Ceci, au sujet des relations entre les névroses obsessionnelles et les névroses de relation.

Il est compréhensible que les réactions sensitives et les réactions purement asthéniques ne s'excluent pas mutuellement, car les traits asthéniques participent pour une grande part à la formation du caractère sensitif. Ainsi, nous avons pu observer dans beaucoup d'histoires de nos malades que ceux-ci présentaient, au cours de leur vie, à côté des réactions sensitives, de longues périodes de dépression, de type asthénique. La mort des parents aimés, surtout de la mère, provoquaient habituellement des modifications psychiques réactionnelles d'une profondeur et d'une durée anormales. Dans ces cas, la spécificité des formes supérieures de la réactivité psychopathique se manifestait également de façon nette à l'intérieur même de la personnalité du malade. Des événements simplement déprimants, comme la mort de la mère ne faisaient jamais ressortir des germes sensitifs, latents et morbides, mais ils amenaient simplement un état adéquat de dépression asthénique. Au contraire, les sentiments d'insuffisance humiliante ne provoquaient jamais une dépression simple, mais précisément un délire de relation

sensitif. Les mêmes remarques peuvent d'ailleurs être faites au sujet des réactions primitives et hystériques, lorsqu'elles sont constatées chez des malades sensitifs. Nous l'avons déjà souligné plus haut. Un échec moral mobilise donc, de façon morbide, la totalité du caractère sensitif, un événement simplement déprimant mobilise uniquement sa composante asthénique partielle. Une simple vexation (un manque d'égard, un licenciement, une dispute avec des camarades, la crainte d'événements extérieurs compromettants) réveille quelques-uns de ces éléments associés primitifs et hystériques. Tandis que le sentiment de répression constante peut, en présence d'un alliage caractériel déterminé, changer une évolution primitivement sensitive en une névrose de combat (cas Wagner).

Ces remarques nous permettent de formuler une loi fondamentale de la caractérologie psychopathique, à savoir : dans les limites de diverses possibilités réactionnelles d'un caractère donné, une réaction morbide déterminée devient spécifique lorsqu'elle est déclenchée par une expérience fondamentale adéquate (« expérience clé »).

Les réserves qu'il faut faire ici sont faciles à comprendre. D'une part, en se plaçant sur le terrain des phénomènes psychologiques complexes, nous ne pouvons établir, en général, qu'une règle, et non certes, une loi naturelle de rigueur mathématique. Par conséquent, il faut accorder ici également une certaine latitude aux réactions du groupe primitif et hystérique, avec leur facilité de déclenchement des réactions et le polymorphisme de celles-ci. De même, il est à peine nécessaire de signaler qu'il existe encore une forme de réactions qui peut être aggravée par des « expériences clés » propres aux autres formes réactionnelles. Ainsi, par exemple, chez Hélène Renner la tendance paranoïaque préexistante s'était aggravée à la suite d'un compte rendu terrifiant d'autopsie, donc par un événement qui n'avait rien à faire avec une insuffisance humiliante. Il est clair que là où l'équilibre psychique est ébranlé, les troubles somatiques et psychiques, de quelque genre qu'ils soient, continuent à orienter le psychisme dans la fausse direction dans laquelle il s'était préalablement engagé.

Nous abandonnons maintenant le problème de la situation du délire de relation sensitif par rapport aux réactions psychopathiques en général et abordons le problème spécial de la formation du délire sur la base de la réactivité psychopathique ou le problème des relations entre les formes sensitives du délire et d'autres formes réactionnelles. En général, dans ce domaine qui, au point de vue scientifique, n'a été défriché que partielle-

ment, on peut voir actuellement, en dehors du délire de relation sensitif, se détacher de façon nette deux groupes de maladies : c'est d'une part le délire de revendication basé sur le caractère expansif ou, pour s'exprimer plus clairement, les psychoses de combat ; et, d'autre part, les types des délires d'imagination de dégénérés de Birnbaum qui correspondent avant tout à la forme réactionnelle de notre groupe de caractères primitifs. Toutefois, on doit y ajouter encore tous les cas de jugements erronés qui leur sont psychologiquement proches et qui doivent, pour la plupart, leur existence aux mécanismes primitifs et hystériques. Pour la clarté de l'exposé, nous devons nous limiter à ces points solidement établis, bien que nous ne doutions pas qu'il existe, en dehors de ces formes, d'autres formes encore, moins explorées jusqu'à présent. De ce fait, les réflexions apportées par nous ont seulement la valeur d'une esquisse provisoire. Néanmoins, abstraction faite des types paranoïaques de Kraepelin, nous ne pensons pas nous avancer outre mesure, en affirmant que la plupart des formes délirantes de réactivité se situent à l'intérieur d'un triangle dont les sommets sont constitués par le délire de relation sensitif, le délire de revendication et le délire imaginatif des dégénérés (si nous voulons nous servir des termes cliniques courants, tout en ayant conscience de leur imperfection psychologique). Ces trois points extrêmes s'appuient sur des bases correspondantes des caractères sensitifs, expansifs et primitifs. Le long des lignes qui relient ces trois sommets se placent des systèmes délirants individuels d'une richesse inépuisable. Ils représentent les mélanges et les combinaisons des caractères fondamentaux typiques.

Une étude plus détaillée des formes de transition entre les formations délirantes primitives et expansives dépasse notre but. Nous signalons seulement ici le caractère mentionné plus haut, celui des intrigants qui réunit en lui la suggestibilité primitive, l'immoralité et le mensonge avec la ténacité aveugle propre aux névroses de combat. Ce caractère forme une source abondante de faux jugements délirants. Heilbronner dans *Hysterie und Querulantenwahn* rapporte un bel exemple de cette catégorie (cas n° 1). Il s'agit d'une femme ayant un « caractère insupportable » qui voulait être épousée par un médecin. A partir de ce désir fantaisiste, hystérique et pseudo-logique se développe progressivement un riche délire de revendication systématisé, dirigé contre ce médecin.

Par contre, nous avons pu, dans le chapitre VI, illustrer par quelques exemples les transitions entre les formations délirantes sensitives-primitives et sensitives-expansives. La ressem-

blance entre le délire d'imagination des dégénérés et le délire de relation sensitif se trouve manifestement dans le degré d'appréciation, conditionnelle et fluctuante, de la réalité, émis lors de l'extériorisation des idées délirantes isolées. Tandis que leur différence, profonde et fondamentale, est conditionnée par la valeur affective, tout autre, du délire.

Le délire de relation sensitif s'appuie sur une modification psychique importante, ancrée dans la structure éthique de l'individu, structure qui établit l'unicité et la rigidité de sa pensée, ainsi que dans ses tendances à la formation d'un système circoscrit. Cette sévérité et cette fermeté de l'armature fondamentale de la formation délirante conditionnent ses rapports avec le groupe de la paranoïa. Le délire d'imagination des dégénérés ressemble par contre à des feuilles tourbillonnantes qui tombent une à une d'un arbre mal enraciné. Ce sont des productions à demi-ludiques, labiles, fantastiques des désirs et des appréhensions superficiels qui ne peuvent démentir leur parenté avec les caractères correspondants, dépourvus de fermeté et de profondeur. Il est douteux qu'il existe des combinaisons directes entre ces erreurs de jugements des dégénérés, dans le sens étroit de ce terme, et le délire de relation sensitif, étant donnée l'opposition extrême entre leurs bases psychiques, bien que rien ne puisse être tenu pour impossible dans le domaine psychopathique avec ses alliages bizarres de traits caractériels opposés. Par contre, nous avons vu chez Kluge que, déjà, les faibles appoints des particularités caractérielles primitives, au sens large, apportés à la personnalité sensitive, donnaient immédiatement une autre teinte à la formation délirante : une crainte extérieure devant des menaces extérieures apparaît dans le système délirant à côté de l'anxiété intériorisée d'une conscience sensitive. La dislocation fantastique du contenu du délire produit parfois des poussées brusques, des modifications de l'affect. Chaque changement survenu dans la conscience et les explosions hystériques interrompent l'évolution du trouble sensitif fondamental. Tous ces traits constituent, par leur forte charge affective-explosive, la transition clinique directe du délire de relation sensitif aux formes explosives des psychoses primitives.

Ce chaînon intermédiaire conduit également, mais indirectement, aux idées délirantes ludiques des dégénérés. Par contre, nous avons vu dans des cas comme celui de Held, que l'addition d'un peu de délicatesse et de subtilité à un psychisme primitif suffit, pour conférer une tonalité sensitive à un affect de jalousie délirant et grossier. Il est évident qu'il sera souvent difficile de faire ressortir des composantes caractérielles isolées chez des

psychopathes de niveau spirituel peu élevé, dont la vie psychique est pauvre et confuse.

Nous devons d'autant plus nous attendre à des enchevêtrements psychiques intéressants dans l'association des éléments expansifs et sensitifs du délire. Nous voyons, dans le cas Wagner, quelles tensions psychiques violentes et quelles décharges dramatiques peuvent se produire par le contact morbide et hostile des éléments de la pensée sensitive et expansive, cohabitant dans la même personnalité. Chez des individus de ce genre une propension à la lutte sans égards et la subtilité des sentiments, en se surexcitant mutuellement, forment un circuit pénible à supporter. Un dépit désespéré se heurte à sa propre faiblesse, qui, par des remords de conscience accentués exacerbe de plus en plus la volonté de vengeance. Ce n'est nullement par hasard que l'on trouve une grandeur d'âme dans la psychose de Wagner. Le mot de l'énigme que posent les activités prodigieuses des personnalités psychopathiques géniales se trouve plutôt dans l'alliage du caractère expansif-sensitif. La force de volonté consciente et inébranlable, aiguillonnée jusqu'aux degrés les plus extrêmes, par l'hypersensibilité éthique et une vie intérieure tourmentée par le scrupule, accomplit des actes de portée universelle qui, après plusieurs siècles encore, peuvent apparaître folie, en même temps que miracle. Les angoisses sensitives de Luther et son insécurité hésitante, au moment où il entreprend d'attaquer les problèmes posés par le dogme, le rapprochent, de prime abord, plus d'un obsédé que d'un futur héros. Le destin a voulu en faire un adversaire d'une puissance dominant le monde, qu'il avait combattu en tout lieu, avec le fanatisme d'un revendicateur génial. Les biographes de Luther ne pouvaient jamais résoudre l'énigme d'une telle combativité apparaissant chez une nature sensitive. Lorsqu'on approfondit les faits, sans l'impassibilité historique des générations ultérieures, mais lorsque, avec une imagination sans entraves, on se représente cette lutte si inégale entre un moine sans autorité contre l'empereur et l'Église, on devra y reconnaître l'alliage du génie et de la « possession démoniaque » (pour employer le langage des contemporains de Luther). Nous ne pouvons entrer ici dans les détails que comportent les riches perspectives qui s'ouvrent pour la caractérologie psychiatrique qui engloberait l'étude des hommes de génie. Nous disons bien : « caractérologie » et non « pathographie », car nous ne voulons pas relever les éléments morbides dans les caractères des hommes de génie, mais mettre en valeur le grandiose dans un caractère hors série. En tout cas, ce coup d'œil rapide montre déjà qu'une forte tension existe chez des

personnalités psychopathiques dans l'alliage expansif-sensitif du caractère. Ils foudroyent leur entourage, mais ils sont souvent capables de l'entraîner avec eux pour tout un siècle aux sommets de l'Histoire.

Il nous reste encore à élucider le problème effleuré plus haut : est-ce que le symptôme formel du délire de relation (non le tableau clinique de ce que nous avons appelé le « délire de relation sensitif ») — est-ce que le délire de relation en tant que symptôme formel ne se limite qu'aux dispositions fondamentales du caractère sensitif ? Il va sans dire, et il est inutile de le souligner, que des idées de relation erronées peuvent apparaître partout et doivent apparaître, jusqu'à un certain degré là où, en général, il existe un délire. Car, chaque délire déplace dans un sens quelconque la situation du Moi par rapport au monde extérieur et, par là même, modifie la signification des perceptions extérieures du réel. Nous considérons seulement comme délire de relation sensitif, dans le sens restreint de ce terme, la multiplication des noyaux égocentriques de la pensée délirante par l'exploitation régulière des menus événements quotidiens, donc, uniquement lorsque ces idées sont systématisées et se produisent en masse et lorsqu'elles ont des ramifications subtiles. Partout où des liens grossiers, les plus inévitables, existent entre le contenu du délire et la perception extérieure, nous ne parlons pas de délire de relation, comme nous ne le faisons pas là où les idées de relation sont nombreuses, mais sans rapport intérieur entre elles.

On peut affirmer, sans crainte d'être contredit, que la personnalité sensitive avec sa sensibilité, sa vulnérabilité et son impressionnabilité accrue et, en général, avec sa tendance aux affects de déplaisir, aux sentiments persistants d'humiliation, avec sa timidité et son insécurité dans le comportement social, est, par là même, exposée tout particulièrement aux idées morbides de relation, beaucoup plus que les autres caractères psychopathiques. La même déduction s'impose de l'étude de notre matériel clinique. D'autre part, les aspirations ambitieuses des sujets atteints de névroses de combat coexistent, en moyenne, beaucoup plus rarement avec les idées de relation amples et ramifiées, et les formations délirantes des primitifs manquent, pour la plupart, de systématisation solide, propre au délire de relation, dans le sens strict du terme. Existe-t-il quand même des exceptions, surtout en cas d'alliage caractériel exempt de composantes sensibles ? On serait bien tenté de résoudre ce problème ; mais il ne pourrait l'être qu'après une sélection minutieuse de nos cas, faite du point de vue caractérologique qui est le nôtre.

Nous avons vu plus haut que de petits éléments surajoutés au tableau de la personnalité peuvent changer, de façon caractéristique, la couleur des symptômes de la réaction psychotique. Nous devons donc reconnaître que la technique des descriptions psychiatriques, rapportée ici, ne suffit nullement pour résoudre de tels problèmes. Il serait, par exemple, tout à fait oiseux, d'après le tableau que nous avons actuellement du délire de revendication, qui n'entre pas entièrement dans le cadre caractérologique correspondant, ni ne l'englobe, de vouloir confirmer ou infirmer la supposition que le délire de relation, fin et ramifié, est complètement exclu des psychoses de combat. Toutefois, nous voudrions signaler qu'il est possible de reconnaître dans le caractère des intrigants une source indépendante, sans alliage sensitif, d'un délire de relation à réactivité psychopathique. Les intrigants dépeignent avec finesse et dépistent avec joie des malignités qu'ils rapportent à leur personne, ce qui évidemment porte une empreinte fondamentalement différente de celle du délire de relation sensitif. Sous ce rapport, notre attention est surtout attirée par le premier cas décrit par Friedmann. Les constellations des événements extérieurs qui y sont rapportées ont une légère ressemblance avec les psychoses sensibles de vieilles filles. Il s'agit d'une jeune fille qui a de multiples traits de caractère primitif (« elle est superficielle, avide de divertissements, égoïste, prétentieuse, n'aime pas rester chez elle ») et qui désire beaucoup se marier. Elle s'aperçoit « à l'époque critique » que ses derniers soupirants s'esquivent. Elle réagit alors de façon typique des intrigantes, en manifestant un caractère acariâtre et un esprit passionnément querelleur. Elle s'emploie, avec une ténacité haineuse, à chasser tous les hommes habitant la même maison qu'elle. Elle les rend responsables de son échec, d'ailleurs, croit-elle, à leurs grossières calomnies et à leurs manigances. Suit alors un délire de relation assez riche, centré principalement sur ses voisins. Toutefois, ici, non plus, on ne peut exclure avec certitude un petit alliage de traits de caractère sensitif (elle est indécise, elle aime les enfants, il y a eu des cas de névrose obsessionnelle dans la famille). Pour l'étude de ce problème, signalons le cas de formation catathyme rapporté par H. W. Maier (n° 5), dont l'édification ressemble beaucoup au cas précité, sauf que ce délire possède une ramification plus riche. Chez la malade de Maier il s'agit aussi du désir de trouver le bonheur dans le mariage. L'échec de ces projets donne lieu à tout un réseau d'intrigues malveillantes et à un délire de relation très riche. Cette malade avec son affectivité dirigée vers l'extérieur, n'appartient pas tout à fait à notre groupe caractériel. Mais, chez

cette femme, très cultivée, il existe sans aucun doute, la possibilité d'un alliage des éléments sensitifs.

La délimitation entre le délire de relation sensitif et la psychose maniaco-dépressive, ainsi que de la démence précoce peut être rapidement tracée. Friedmann dans son travail fondamental sur la « paranoïa bénigne » avait déjà nettement relevé les principaux signes différentiels entre les formations délirantes circulaires et celle de réactivité psychopathique. Nous ne trouvons dans notre tableau clinique ni la fixité monotone d'un trouble affectif autonome, ni les modifications caractéristiques de la psycho-motilité circulaire. Au contraire, nous constatons, en tant que signe fondamental, une dépendance et une réactivité psychologiques entre l'affect et la situation psychique. Les formations délirantes des états circulaires peuvent bien se rattacher aux expériences extérieures, mais il manque à leur édification une pleine participation affective, c'est-à-dire la contrainte et la nécessité intérieures qui décident que cette expérience déterminée dans ce caractère déterminé doit inévitablement provoquer cette réaction déterminée. Et encore qu'en dehors de ce moment psychologiquement compréhensible et, compte tenu du milieu et de l'épuisement, la réaction n'a plus besoin d'être explicitée pour provoquer en nous-mêmes le sentiment d'identification. Dans leur évolution ultérieure, la formation délirante sensitive est aussi fortement polarisée sur l'expérience vécue que la formation délirante circulaire paranoïde ne l'est pas. On peut bien s'attendre à ce que, une fois, par hasard, on puisse trouver une combinaison des formations délirantes circulaires et sensitives, étant donné qu'existe une certaine parenté entre les constitutions sur lesquelles elles sont basées. Nous en avons parlé plus longuement à propos du cas Feldweg. Mais, comme dans les cas réunis dans ce livre on ne trouve pas de telles combinaisons de délire, il faudra admettre qu'en tout cas, elles sont rares.

Les critères de l'identification affective génétique, de la polarisation habituelle sur l'expérience vécue et de la réactivité psychologique dans l'évolution sont également valables pour les groupes de schizophrènes et des paraphrènes. Ces critères sont dans la majeure partie des cas des guides sûrs pour l'établissement de notre pronostic. C'est seulement le diagnostic du délire sensitif aigu, avec ses groupes de représentations catatoniformes, qui, parmi les tableaux cliniques particuliers, peut donner lieu au doute. Nous avons parlé du diagnostic différentiel lors de la description de ces états. Ceci pour le côté symptomatique. Nous devons revenir, lorsque nous parlerons de la

paranoïa fruste de Gaupp, sur le problème des possibilités des combinaisons ou des délimitations nettes entre les paraphrénies et les évolutions psychologiques, si, en général, il est possible de le faire.

Bien qu'existent des relations apparentes et réelles entre le délire de relation sensitif et la « paranoïa bénigne » de Friedmann, ainsi qu'avec la « paranoïa abortive » de Gaupp, un diagnostic différentiel des plus nets s'impose entre ces tableaux. Cette méthode ne sera pas seulement avantageuse pour notre description clinique, mais servira aussi à combattre l'indécision qui règne à propos de l'admission, dans le domaine clinique, des conceptions de ces deux chercheurs et contribuera à mettre en évidence, clairement et sans ambiguïté, le noyau fondamental de leurs formulations. Nos types cliniques et ceux de Friedmann et de Gaupp représentent trois sphères. La sphère de la « paranoïa abortive » de Gaupp et celles du délire de relation sensitif se touchent par leurs périphéries ; celle du délire sensitif et de la paranoïa de Friedmann ne s'entrecoupent que partiellement. Nous insistons tout particulièrement sur le fait qu'il s'agit de trois sphères non concentriques. Si, jusqu'à présent, on avait déjà tendance à mélanger en un ensemble peu précis les notions ébauchées par Gaupp et par Friedmann et de leur donner une place, mal assurée, dans le domaine, également obscur, de la paranoïa, il ne faut pas que cette confusion augmente encore par l'introduction de la notion du délire de relation des sensitifs. Il faut, au contraire, que cette confusion puisse être dissipée.

Notre position à l'égard de la « paranoïa bénigne » de Friedmann est facile à élucider. Cet auteur n'a pas élaboré un groupe de maladie indépendante ; ce n'était nullement son intention, ainsi qu'en fait preuve le nom qu'il lui a donné. Il a plutôt rassemblé, dans son travail, des états paranoïaques qui apparaissent comme réactionnels à une expérience et qui avaient une évolution relativement bénigne. Dans ces observations, il y a, en dehors de deux cas de délire de relation sensitif (le professeur de musique et le tourneur), un nombre plus élevé de cas non sensitifs. Les uns s'apparentent, par exemple, au groupe hystérique-primitif et au groupe des intrigants, et d'autres ne sont pas exclusivement basés sur une réaction à une expérience intérieure, mais laissent supposer un appoint des éléments schizophréniques et involutivo-paranoïaques. Nous en avons déjà parlé ailleurs. Il ne s'agit donc pas de mettre les cas principaux de Friedmann dans le cadre du délire de relation sensitif, ni de l'inverse, c'est-à-dire de placer la notion centrale du délire sensitif dans le cadre de la paranoïa de Friedmann. Tandis

qu'une petite partie seulement des cas de Friedmann présente une genèse sensitive, une partie seulement de nos cas évolue selon le schéma de Friedmann, comme une paranoïa simple, limitée dans le temps. Les formes sous lesquelles apparaissent le délire sensitif aigu et les névroses de relation secondaires, les types récidivants et la variété extraordinaire de la durée des maladies, ainsi que la courbe de leur intensité, donc une multitude de particularités cliniques importantes du délire de relation sensitif, se trouvent en dehors des considérations de Friedmann. La raison en est précisément que ces formes s'apparentent étroitement à la vieille doctrine de la paranoïa de Kraepelin, dans ce sens qu'elle forme des systèmes délirants insidieux et combinatoires. Abstraction faite du grand mérite qu'avait, à son époque, le travail de Friedmann, à savoir celui de discerner nettement le problème des délires psychopathiques-réactionnels, à formes plus bénignes, ce travail, garde encore aujourd'hui son importance en tant que documentation de valeur. Mais, si, comme c'est arrivé fréquemment, les divers cas bien différents de Friedmann devaient être considérés (à l'encontre de l'intention de cet auteur) comme un ensemble en soi, comme un type achevé de maladie, il faudrait s'opposer énergiquement à cette façon superficielle d'envisager les symptômes en question. Ce n'est qu'une recherche approfondie des relations spécifiques entre caractère et expérience qui peut, dans ce domaine, conduire d'un groupement provisoire à une classification définitive.

Nous devons nous arrêter plus longuement au type clinique que Gaupp décrit sous le nom de « paranoïa abortive ». La raison principale pour le faire est que les descriptions de Gaupp se basent sur des observations inédites jusqu'à présent. Les catamnèses faites en 1917 (1) ont donné des éclaircissements plus détaillés sur la vie et l'évolution ultérieure de ses malades. En général, il s'agit de 4 malades admis à la clinique de Tübingen en 1909. Les premières descriptions de Gaupp ont trait à ces malades. Un de ces cas, celui du comptable Knecht, a déjà été étudié dans le chapitre traitant des névroses de relation simples. Dans la forme de son évolution, elle ne montre, dans l'espace de 18 ans, aucune tendance à la progression. Elle apparaît plutôt au cours de périodes assez longues, comme une anomalie constitutionnelle du caractère, dont les réactions s'accroissent de temps en temps. Pour cette raison, nous avons cru nécessaire d'accorder à ce cas une place un peu spéciale dans le cadre de ce livre. Toutefois, la question reste pendante de savoir s'il faut

(1) Avec l'aimable appui du P^e-D^r GAUPP.

attribuer ici une importance plus grande aux éléments habituels ou aux éléments réactionnels. Ci-contre les trois autres cas de Gaupp.

Eugen W..., né le 29-6-1878, coutelier. Un neveu de son père a une maladie mentale ; en dehors de ce cas, aucune autre tare héréditaire. Dans sa jeunesse, le sujet était un enfant bien portant, gai, vif, « polisson ». A toujours été un peu méfiant, même à l'égard de ses amis ; aimait beaucoup dire du mal de ses camarades. Mais, bon cœur, doux, compatissant. Pas de timidité, même vis-à-vis des filles. Malgré sa paresse, était un élève moyen. Plus tard, bon soldat, travailleur, homme d'affaires habile, employé à l'usine de son père.

Se masturbait dès l'âge de 16 ans (1894) ; d'abord souvent, plus tard moins fréquemment, surtout après avoir lu *L'auto-protection* du Dr Retaus et lorsqu'il avait appris « à connaître les dangers ». Fréquentait les maisons closes dès l'âge de 17 ans, par la suite, pendant plusieurs jours consécutifs, avait des remords de conscience. Quelques indispositions légères de la zone génitale lui faisaient croire qu'il avait une maladie vénérienne. Le médecin n'a pu le persuader que ce n'était pas la syphilis. A cette époque, a été tourmenté et déprimé neuf mois environ ; se faisait des reproches ; avait des appréhensions hypochondriques, ne pouvait plus bien dormir, pleurait souvent la nuit. Il s'imaginait avoir la pire des maladies et avait l'intention de se tuer si la syphilis s'était déclarée. Il était de caractère calme, ruminait ses idées et lorsqu'il était en société devait faire un effort pour être gai. Son état s'améliora spontanément et progressivement. Mais, jusqu'à son service militaire, il était encore souvent tourmenté en s'imaginant être malade ; il croyait avoir une forte tension dans la tête et un affaiblissement de la mémoire.

Était soldat de 1898 jusqu'à 1900. N'a pas obtenu de grade à cause des oublis et des manquements au cours du service. Par ailleurs, travailleur. Le service militaire l'avait totalement « arraché » de son hypochondrie. Était un compagnon joyeux, aimait plaisanter ; la compagnie l'appelait « M. le Professeur » ou le « comique ». L'idée de maladie vénérienne ne l'obsédait plus.

Retour de nervosité de 1901 à 1904. Douleurs dans la tête, sensation de vertige, une fois, a failli tomber. Il a recommencé à se masturber ; se faisait des reproches à ce sujet, « n'avait plus confiance en soi », s'observait, se croyait à moitié « cinglé », craignait une maladie mentale. Puis, le courage lui revenait, il

se raisonnait, il « s'était sorti de là », travaillait et n'attirait pas l'attention sur lui.

D'après les parents, les débuts de la maladie mentale datent de l'automne 1905. Il a dit à cette époque avoir l'impression que les gens avaient changé à son égard. On le voyait devenir, sans raison, pleurnicheur, anxieux, ce qui auparavant n'était pas dans ses habitudes. Son père lui paraissait avoir changé, ses yeux devenaient bizarres. Le malade pensait que les membres de sa famille avaient énervé le père et il disait à ce dernier qu'il ne devait avoir peur de rien, il affirmait que le père avait peur lorsqu'il rentrait dans son bureau. Le malade était très énervé.

Un séjour de trois mois dans une maison de santé l'avait complètement calmé (printemps 1906). Toutefois, depuis ce temps, il était toujours considéré par les siens comme un malade. Était méfiant, se disputait avec toute la famille quoique un peu moins qu'auparavant. Ne voulait pas manger avec tout le monde. Rapportait à lui les rires des autres. A dit à son père : « Tu ne dois pas craindre que je te supplante à l'usine. » Par moments, prise de conscience de la maladie, était gêné d'avoir été si « stupide », comprenait qu'il avait « déraillé ».

Vers le jour de l'an 1909, son état s'était aggravé après une période relativement tranquille (automne 1908). Le 6 janvier, le jour de l'Épiphanie, il croyait entendre le frère d'un de ses amis chuchoter : « C'est un *Eulenburger* » (en réalité, il est probable que rien de pareil n'a été prononcé). Dans le passé, cet ami, lorsqu'il était ivre, disait souvent à l'un ou l'autre de ses camarades : « Tu es un *Eulenburger*. » Le sujet lui reprochait ces paroles malhonnêtes. Depuis janvier 1909, le malade pensait que le frère de son ami, par ces paroles chuchotées, voulait lui signifier que son ami le croyait homosexuel. Il s'est aperçu que ce bruit commençait à prendre de l'extension. On se moquait de lui, on ne le fréquentait plus. Déjà le jour de l'Épiphanie, il a demandé des explications à son ami et au frère de celui-ci. Ils lui répondirent avec étonnement : « Qu'est-ce que tu inventes, ça ne marche pas bien dans ta tête ? » Il abordait également d'autres personnes, qui, croyait-il, avaient fait diverses allusions. Il allait du juge au gendarme pour demander qu'on le mette en accusation, afin qu'il puisse se disculper. Il y avait certaines personnes qui s'acharnaient contre lui, qui voulaient le perdre. Le père a eu de la peine pour l'empêcher d'entamer une procédure. Les six mois suivants il était très inquiet, de plus en plus désespéré, ne voulait plus aller à l'usine. Il « combinait » les conversations entendues. Au cours de son « énervement

colossal » et continu, il voyait parfois des formes, comme des ombres qui disparaissaient lorsqu'il se retournait.

Du 31 juillet au 23 septembre 1909, séjour à la clinique de Tübingen. Rien d'important à signaler au point de vue somatique. L'idée d'être considéré comme homosexuel domine tout le comportement du malade. Déprimé, anxieux, soucieux ; lève à peine les yeux ; méfiant et timide, reprend quand même du courage ; a de nouveau confiance en son médecin, franc, abordable, désireux d'être réconforté ; se sent très soulagé lorsqu'il peut faire part au médecin de ses tourments. Conscientieux, doux, pleure facilement en parlant des prétendues injustices qu'on lui aurait infligées ; les persécutions le font souffrir moralement. Là où il croit être connu, doute toujours de sa conduite, craint de compromettre sa réputation, perd alors toute assurance, devient timide et embarrassé. Il se sent mieux lorsqu'il est seul, au grand air, oublie alors tout, est gai, chante et siffle.

Pas d'illusions sensorielles, pas d'idée d'influence. Le contenu représentatif morbide se limite à un délire de relation intense qui a pour objet la suspicion d'homosexualité, pourtant il n'existe pas de systématisation nette des idées de persécution. Interprète toujours mal la mimique et les propos de son entourage, y trouve des allusions. Les infirmiers de la clinique l'observent tout particulièrement. Il ne doit pas rire, toucher quelqu'un, car tout de suite on veut voir dans ses actes des intentions immorales. Des pièges le guettent partout, partout on le met à l'épreuve. Ne prend jamais nettement conscience de sa maladie. Toutefois, passagèrement, se laisse tranquilliser par le médecin ; ne tient pas compte alors des « pièges », en rit ; dit qu'ils sont trop grossiers, mais croit tout de même que ce sont des pièges. Cependant, dès la présentation des nouvelles idées, s'énervé ; est alors à peine accessible aux arguments du médecin.

Se calme nettement les premiers jours après son admission à la clinique ; on ne le regarde plus avec la même intensité, il s'en réjouit. Suit le conseil du médecin et lui communique chaque constatation suspecte. Puis, aggravation nouvelle des phénomènes morbides. Oscillations simultanées de l'humeur et du délire, sans cause extérieure particulière. Parfois, maîtrise bien les idées de relation, puis elles le dominent de nouveau. Il est alors totalement désespéré, pleure, sanglote, se lamente ; il n'a vraiment fait aucun mal pour être un salaud aux yeux du monde entier ». Il a, comme il le raconte, suivi dans le temps « l'affaire *Ealenburg* », mais il ne s'y intéressait pas de plus près, participait peu aux discussions à ce sujet, et c'est en passant qu'il a dit que c'était une cochonnerie. Il se méfie surtout des

gens en uniforme, des cochers, des facteurs, des agents de police, des portiers d'hôtels, des infirmiers et des médecins étrangers à la clinique. Il a l'impression que ceux-ci le visent particulièrement, lorsqu'il les rencontre (il est libre de sortir de la clinique quand il veut), il est tourmenté et énervé à un point tel que sa mémoire faiblit ; il est tout à fait « tronqué ». Il demande s'il existe une preuve scientifique d'homosexualité pour qu'il puisse publiquement établir son innocence. Est toujours plein d'égards vis-à-vis des autres. Lorsque, une fois, il observait de loin une dame qui travaillait et lorsque celle-ci est partie précipitamment, il ne pouvait se calmer des journées entières, tout désolé, il se faisait des reproches, pensait qu'elle pouvait le prendre pour un malappris ou peut-être qu'elle ne lui en voudra pas ; il demande au médecin s'il ne doit pas faire des excuses. Vers la fin du traitement, il se sent un peu plus détendu, peut faire un travail intellectuel. Au début, il ne pouvait rien retenir, ne pouvait se concentrer, sentait sa tête très fatiguée, dormait mal. Jusqu'à la fin, son humeur était très changeante ; il ne se sentait jamais très heureux, mais par moments se sentait content, pouvait être gai, ne pensait pas à sa maladie, puis de nouveau était énervé, anxieux, irrité et désespéré jusqu'à avoir un dégoût de la vie.

Catamnèse 1917. Était tout à fait bien les premières années après la sortie de clinique, faisait du travail utile à l'usine de son père. Mais était d'une timidité extrême, parlait très peu même avec ses parents. Il partageait son temps entre le travail professionnel et des promenades solitaires. En outre, il lisait les journaux, apprenait l'italien. Plus tard, il allait parfois le dimanche dans une auberge, mais ne se liait plus jamais avec personne. Il refusait de renouer avec ses anciens amis ; malgré leur tentative de reprendre leurs relations, il leur manifestait une constante méfiance, comme également aux autres gens. Il s'énervait tellement à la moindre occasion, que ses parents étaient inquiets à son sujet.

Au printemps 1914, nouvelle aggravation. Il abandonne souvent son travail, sa conduite est très bizarre et dangereuse, surtout dans le domaine sexuel. Il s'attaque à sa sœur, qui doit se sauver, est très excité sexuellement, importune surtout les enfants. Répond aux reproches qu'il est « excité » : « Vous le savez aussi bien que moi, que je dois le faire, on l'exige de moi. » Il est mis à la maison de santé de Z..., où il reste depuis des années. Son état psychique actuel est bien mis en lumière par quelques lettres que le père nous envoie pour information ;

il ajoute que toutes les autres lettres sont du même style. Au début, le malade n'écrivait qu'en italien et ce n'est qu'après l'entrée en guerre de l'Italie que ses proches ont pu le persuader de leur écrire en allemand. Ci-joint un petit spécimen d'une lettre de remerciements en date du 24-6-1917 :

Comme je fête la semaine prochaine, le 29 juin, mon anniversaire, je considère cet envoi comme une petite attention se rapportant à ce fait, sauf si vous pensez encore me faire une petite surprise spéciale le jour même, il y a bien trois ans qu'il y a répétition de ce jour si important pour moi au cours duquel se passèrent des choses de portée décisive, énormes, historiques, politiques, universelles, mais comme ces événements importants projettent leur ombre, et qu'aucun malheur n'est si grand pour ne pas apporter avec lui le bonheur aux autres, je peux donc moi aussi me sentir content des résultats de la période écoulée, car la convoitise des hyènes affamées ne tourne pas autour des morts, n'allèche pas un simple sot, mais répond courageusement par un coup bien calculé à un coup donné, ce qui permet à un chevalier sans peur et sans reproche, etc.

Les lettres sont écrites dans le même style du commencement à la fin ; expressions pompeuses et affectées avec de multiples allusions à la poésie et à la mythologie. La ponctuation manque presque totalement, dans le style, glissement flou d'une phrase à l'autre, souvent, également, le cours de la pensée est estompé comme plus haut. Accumulation des séries d'idées hétérogènes, déclamation pathétique sans résonance affective. Le contenu se rapporte principalement aux faits d'actualité, aux phénomènes de la nature et aux situations familiales. Les idées délirantes n'y jouent aucun rôle.

Le deuxième cas de Gaupp est presque identique. H..., commerçant, né en 1878, a été dès sa jeunesse un homme paisible, sérieux, très doux, nerveux, excitable. A l'époque de la puberté, il avait de fortes appréhensions hypocondriques causées par des pollutions ; consultait plus tard des médecins pour des troubles nerveux cardiaques. A été très énervé en été 1908 par des difficultés professionnelles et par des fiançailles qui n'étaient pas très heureuses : oppression cardiaque, tension crânienne, crises de larmes hystériques, faiblesse de mémoire et crainte de maladies mentales. A la maison de repos, en 1908, crainte d'être empoisonné, refus d'alimentation, sentiments d'étrangeté surtout. Le délire de relation diffus, en rapport avec les conversations à table sur l'affaire « Eulenburg », s'était déclenché de la même façon que chez W... En outre, il a eu à la clinique de Tübingen (janvier-octobre 1909), d'autres idées de relation, sans rapport les unes avec les autres. On pense qu'il

est un ivrogne, on fait des allusions à sa fiancée, etc. En plus, sensations physiques et constatations extraordinaires se rapportant à la zone génitale, des actes bizarres (se sentait poussé à monter sur un échafaudage de trois étages). Il faut ajouter à cela la description de sa manière d'être, faite par Gaupp (voir chap. I^{er}) : douceur, recherche d'aide médicale, suggestibilité, en même temps humeur dépressive, anxiété, hypochondrie, énervements passagers et idées de suicide. Malheureusement on n'a pu obtenir d'anamnèse pour ce cas. En son temps, Gaupp lui-même supposait que la maladie aurait une évolution progressive. On devra donc admettre que, selon toute probabilité, l'évolution ultérieure de la psychose ne fut pas plus favorable que dans le cas de W...

Le cas du coutelier W... bien contrôlé par la catamnèse doit servir de modèle du type de maladie décrite par Gaupp. L'étude générale de ce cas pourra être faite en se basant sur l'exposé que l'on trouvera dans le travail original de Gaupp, chapitre I^{er}. Ici, nous nous intéressons seulement au diagnostic différentiel entre les malades de Gaupp et ceux de notre tableau clinique, celui du délire de relation sensitif. Signalons d'emblée le point le plus important : à savoir, la justesse avec laquelle Gaupp apprécie ces cas, contrairement à d'autres auteurs qui avaient confondu ses tableaux cliniques avec ceux de Friedmann. Dans ses tableaux cliniques, Gaupp n'attribue pas une importance décisive à l'effet de l'expérience vécue ; il ne lui confère pas le cachet de réaction psychopathique, malgré les interrétions marquées des propriétés caractérologiques au cours de la psychose. L'évolution ultérieure de ses cas a donné incontestablement raison à Gaupp, car ils représentent indubitablement des processus, dans la même mesure que les cas de nos sensitifs représentent des réactions et des développements. Chez les malades de Gaupp, comme il le dit lui-même, ce sont des processus insidieux qui, par transitions imperceptibles, sans délimitations nettement accusées, conduisent la personnalité normale et les réactions de celle-ci dans le domaine morbide. Mais ici, comme dans le cas de W..., la maladie signe sa nature processuelle par son issue finale. Elle aboutit à des actes incompréhensibles, impulsifs, à un maniérisme et à des troubles d'idéation schizophréniques légers. Il est intéressant de voir que, chez W..., comme le supposait Gaupp, en se basant sur le comportement caractériel de son malade, « l'isolement égoïste » a effectivement fait défaut jusqu'à présent, malgré les troubles de la pensée. On voit d'après ses lettres qu'il ne se renferme pas dans une coquille autistique avec ses expériences délirantes, mais au

contraire on s'aperçoit qu'il porte continuellement un vif intérêt au monde extérieur normal. Chez H..., des symptômes faisant suspecter la schizophrénie (actes impulsifs, sensations génitales bizarres, manque d'unité intérieure dans le contenu du délire), apparaissent déjà plus nettement lors de son séjour à la clinique de Tübingen. Nous étudierons plus loin le troisième cas qui, également, paraît avoir pris, de façon durable, un tour défavorable. Il présente actuellement le tableau d'une psychose paranoïaque assez stable.

En ce qui concerne la nomenclature, Gaupp a employé le terme « paranoïa » à l'époque où les états processuels n'ont pas encore été entièrement éliminés de la notion kraepelinienne. En outre, le caractère processuel des cas connus n'a pas encore été établi avec certitude. Il nous paraît important de le signaler pour éviter tout malentendu. Afin d'introduire plus de simplicité dans la terminologie actuelle de Bleuler et de Kraepelin, nous appellerions ces cas : paraphrénie légère ou schizophrénie à évolution insidieuse, portant une marque caractérologique particulière. Ceci exprime clairement la différence entre les cas de Gaupp et les nôtres. L'expression « abortif » se rapportait, comme il s'ensuit de l'exposé de Gaupp lui-même, en premier lieu, non à l'issue finale, mais plutôt au tableau symptomatique avec ses fluctuations caractéristiques et aux idées délirantes à fixité moindre qu'on ne le voit dans la paranoïa.

Une question importante d'ordre pratique se pose maintenant. Est-il possible d'établir, aux stades précoces de la maladie, un diagnostic différentiel entre le type de maladie de Gaupp et le délire sensitif, abstraction faite de l'issue finale ? Notre réponse à cette question est tout à fait affirmative. Nous pouvons diviser en deux périodes l'évolution des modifications psychiques chez W... La première, de 1894 à 1905, est caractérisée par un nervosisme fluctuant de façon particulière et par l'inégalité de l'humeur. La seconde période débute en automne 1905 par une manifestation nette des troubles psychiques et la psychose véritable dure de 1905 à 1917.

Il est clair maintenant que dans la première phase, en l'absence de symptômes psychiatriques tangibles, le diagnostic n'a pu probablement être posé que de façon prudente. Nous voyons une disposition caractérielle qui, bien que ne répondant pas entièrement à notre schéma de caractère sensitif (il manque l'orientation éthique accentuée de l'esprit, l'ambition, la timidité dans les rapports sociaux), s'en approche notablement par ses traits de psychasthénie et de scrupulosité. Nous assistons, comme chez les névrosés sensitifs à l'apparition simultanée (en

relation avec la masturbation et les appréhensions sexuelles), des fluctuations psychiques, qui laissent reconnaître, dans leur évolution, une certaine réactivité psychologique (par exemple amélioration au cours du service militaire). Mais déjà, ici, chez W..., on est frappé par un recul total des tourments éthiques qui forment, précisément, l'essence des névroses sensitives. Nous lisons dans l'observation, après l'épisode de la prétendue infection, ces lignes caractéristiques : « A eu pendant quelques jours des remords de conscience. » Le névrosé sensitif a des remords de conscience jusqu'au dernier jour de sa névrose, toute la névrose est basée sur ces remords. La mauvaise humeur chez W... est dominée nettement et principalement par la crainte extérieure de la syphilis ; c'est seulement la composante hypochondriaque de névropathie sexuelle qui se fait voir chez lui le plus fortement. Dans la deuxième poussée nerveuse également, où d'ailleurs la masturbation ne forme plus un point de départ net et primaire, c'est la peur devant les répercussions sur sa santé qui est au premier plan. En tout cas, on pouvait, jusqu'en 1905, affirmer qu'il ne s'agissait pas essentiellement d'une névrose sensitive pure. Toutefois, un autre problème reste souvent insoluble dans ces cas : s'agit-il encore, en ce moment, d'une simple nervosité ou est-ce déjà la première lueur menaçante d'une psychose.

Dès 1905, c'est-à-dire dès le début de la psychose véritable, on peut déjà exclure, avec une certitude grandissante, l'existence d'un délire sensitif. A vrai dire, la douceur, la modestie, le besoin d'appui médical et la perméabilité, bien que faible, à la psychothérapie confèrent à ce tableau clinique de Gaupp quelque ressemblance marquée avec le nôtre. Il manque pourtant, aux moments décisifs de ce tableau processuel, la véritable réactivité psychologique, à savoir, cette polarisation générale sur l'expérience vécue. Et, avant tout, il lui manque cette base soutenant tout l'édifice du délire sensitif, cette attitude affective tout à fait indispensable à l'égard de l'expérience créée par le sentiment humiliant d'insuffisance éthique. La psychose de W... débute non par une réaction à l'expérience vécue, mais, de façon caractéristique pour le processus, par une dystonie diffuse, immotivée et par les sentiments d'étrangeté. Ce n'est que des années après, qu'une expérience spéciale, elle-même de caractère délirant (« c'est un *Eulenburger* »), vient donner l'impulsion à une polarisation passagère du délire. Il est remarquable que l'affaire *Eulenburger* comme l'affirme nettement le malade lui-même, avait pour lui dès le début, une signification affective tout à fait accessoire. Donc, ce groupe de représentations sen-

sitivo-éthico-sexuelles, se ressemblant apparemment, ne représente pas ici un élément causal déclenchant, comme c'est le cas dans le délire sensitif, mais seulement une expérience qui fournit un contenu au délire. Et finalement, l'attitude éthique à l'égard de l'expérience est directement opposée à celle de notre tableau clinique. Chez nos malades, c'est précisément le sentiment de leur propre culpabilité qui alimente toute la psychose. Au contraire, W... est fermement convaincu de son innocence et cherche par tous les moyens à le démontrer publiquement. La description de ce cas particulier, esquissée ici, devrait permettre de distinguer le délire de relation sensitif de la plupart des processus délirants insidieux à coloration caractérologique sensitive, donc du type de maladie décrit par Gaupp. Dans tout le matériel rapporté ici, nous n'avons trouvé qu'un seul cas de Gaupp où le diagnostic différentiel a été difficile à établir. Nous rapportons ci-dessous ce cas.

A. J..., né le 24 octobre 1866, commerçant. On trouve dans les antécédents familiaux de multiples cas de folie circulaire. Traits principaux du caractère de A. J... : doux, irritable, très ponctuel et consciencieux, continuellement méfiant, soupçonne facilement les autres d'avoir des mauvaises intentions, tendance à la nostalgie. Maux de tête et nervosité depuis sa jeunesse, aggravation depuis 1888 ; dépressions, accès d'angoisse, irritabilité. Avis médical de cette époque : « Très nerveux. » Idées obsédantes isolées : crainte obsédante de prendre le train, de tomber de sa chaise. De 1900 à 1904, plusieurs infidélités de sa femme atteinte de maladie mentale, événements qui affectent fortement le malade. Grand soulagement depuis l'admission de sa femme dans une maison de santé. Dès le départ de celle-ci, a eu des rapports avec des prostituées, à la suite de quoi « il se sentit moralement abaissé », avait mauvaise conscience. Lors d'un voyage d'affaires, en 1906, il croyait que les gens à l'auberge, le fixaient, le regardaient de façon bizarre, il se sentait intérieurement inquiet et énervé. Il soupçonnait, par la suite, que c'étaient des détectives envoyés par sa femme, chargés de le surprendre lors de ses relations illicites. En 1908, se promenait la nuit avec une prostituée qui fut arrêtée par la police. Lui-même n'a pas été inquiété. Depuis, se croyait poursuivi par la police, épié par les détectives, se sentait sous la surveillance constante de la police, qui voulait surprendre ses infidélités conjugales. Par moments, délire intense sur le thème d'être observé, angoisse, dormait mal. Se présente spontanément à la clinique de Tübingen et y séjourne du 1^{er} juin au 22 juillet 1909.

Est alors inquiet, angoissé, a des remords pour ses relations extra-conjugales, crainte de contagion, excitation sexuelle. Tourments, plaintes psychasthéniques. Sentiment oscillant de maladie. Très consciencieux, se fait des soucis pour sa famille, pas de traces d'égoïsme, scrupuleux comme un obsédé. A la clinique, amélioration passagère : ne s'est pas encore débarrassé des idées de persécution liées aux remords de conscience.

Depuis 1910, séjourne continuellement dans des maisons de santé. En février 1910, une aggravation très accentuée à la suite du suicide de sa femme. Anxiété et inquiétude augmentent. A l'enterrement, conduite bizarre, pensait que la famille se moquait de lui. Immédiatement après, une idée s'ancre en lui, à savoir que sa femme n'était pas morte mais qu'elle vivait encore. Depuis, cette idée, totalement inébranlable, est restée constamment le point central de son système délirant. Au début, elle s'accompagnait des anciennes idées de relation, ayant pour thème ses manquements conjugaux. Il considérait au début la mort « apparente » de sa femme comme un châtement pour son infidélité, comme une intimidation intentionnelle. Les années suivantes, au cours de son séjour à la clinique, le sentiment de culpabilité et de l'insécurité anxieuse cédèrent la place à une manière d'être renfermée et négativiste, avec une conviction ferme que sa femme vivait toujours. Il était complètement pris dans le réseau de son délire, avait rompu tout contact avec la famille et les autres malades, parlait très peu, par monosyllabes, était par moments anxieux et découragé. Demandait souvent à changer de linge et de vêtements : ne faisait aucune attention au monde extérieur, ne croyait pas qu'on était en période de guerre. « Était entièrement bourré d'idées délirantes. » Pensait tantôt que sa femme était tenue en cachette dans la même maison de santé, tantôt qu'elle s'occupait de son intérieur. Il l'a vue alors qu'elle regardait par la fenêtre du pavillon des femmes, qu'elle chantait à l'église au milieu des infirmières. Sitôt le dos tourné, on a changé son fils d'école. Se croyait épié partout. C'est pour l'embêter qu'on claquait les portes, on le poursuivait, on lui cherchait des chicanes. Comme le Christ, il devait porter sa croix. Beaucoup d'idées hypocondriaques ; ne mange pas de viande, ne prend pas de médicaments, croit dépérir par suite de maladie de la moelle épinière, porte des verres fumés. Fixation totale des idées, ne les corrige jamais. Rien de catatonique. Rapports sociaux élémentaires conservés.

Le cas présenté par ce malade est remarquable par le fait que nous voyons ici une psychose (abstraction faite de petites

déviation), basée sur le caractère, l'expérience et la réactivité psychique, débiter de façon typique, comme un délire de relation sensitif (infidélité conjugale et scrupulosité à caractère d'idées de relation). Cette psychose évolue dans ce sens pendant des années, pour finalement, en liaison avec une seconde expérience (la mort de sa femme), s'orienter brusquement vers une évolution progressive. Elle se développe par la suite de façon tout à fait « non sensitive », avec une situation affective changée et un système délirant modifié, pour aboutir à un état assez stable qui correspond au tableau connu des paranoïaques des asiles. Il n'existe pas dans ce tableau de dissociation psychique, mais il n'y a non plus aucun contact positif avec l'entourage, le malade méfiant et aigri, se replie sur lui-même, sur sa vie intérieure délirante.

Hâtons-nous de signaler le parallélisme qui existe entre ce cas et le délire de revendication qui, parfois, nous prépare des surprises tout analogues. On voit des tableaux cliniques qui, des années durant, évoluaient sous la forme pure de réactions psychologiques à une expérience, orienter ensuite la pensée du malade dans un sens qui ne nous est plus si nettement compréhensible. Ceci se produisait précisément par exemple, à la suite d'internement. Rappelons-nous le beau cas de Buders, où un délire de revendication aussi pur que possible se change à l'asile en un fantastique délire mystique de grandeur. Jusqu'à présent, des observations de ce genre embarrassaient plutôt le clinicien au lieu de lui donner une impulsion féconde ; ce qui était la conséquence de la faiblesse fondamentale de la « systématisation rigide » propre à la psychiatrie clinique. Cette rigidité nous force souvent à tracer des frontières là où nous devrions étudier des relations.

Si nous faisons abstraction d'un état mixte maniaco-dépressif pour lequel on peut trouver d'autres points de repère plausibles, en dehors de l'hérédité circulaire, il nous reste en général, pour élucider le cas de A. J..., deux possibilités principales. La plus vraisemblable a été mentionnée plus haut lors de la discussion générale sur les cas de Gaupp, à savoir que, à un moment donné, un processus paraphrénique était intervenu. La rigidité croissante du caractère et le repli autistique qui étaient apparus les dernières années chez A. J..., viennent tout particulièrement à l'appui de cette hypothèse. Mais, alors, une question se pose à propos de tous ces cas (point seulement dans le domaine du délire de relation sensitif) : comment expliquer cette combinaison singulière entre une psychose réactionnelle apparemment pure et le processus. Des observations de ce genre sont trop

fréquentes pour qu'elles soient l'effet d'un pur hasard. La meilleure explication de ces faits, pour ne se tenir qu'à notre cas particulier, est que chez A. J..., pendant toute la première période, jusqu'à la mort de sa femme, on avait apparemment affaire uniquement à un délire de relation sensitif. Tandis qu'un processus extrêmement insidieux pouvait, pendant des années, se dissimuler totalement grâce à une cohérence psychique bien conservée, avec une forme d'expression adéquate, sous le masque d'une réactivité psychologique. Cette explication nous paraît être convaincante, car nous avons vu dans d'autres cas de Gaupp, lorsqu'il existait une vraie maladie mentale, la facilité avec laquelle la nature processuelle de celle-ci se trahissait par des lacunes dans les connexions psychologiques, par des ingérences, des pensées et des actes particuliers, immotivés, indépendants et disséminés. Et, avant tout, nous avons observé que les expériences secondaires ne provoquaient plus de résonances affectives.

Toutefois, si nous reconnaissons, ici, la même authenticité et la même légitimité au délire de relation sensitif et à la paraphrénie qui le suit, il nous est possible d'admettre une double intrication causale. Les causes de ces deux psychoses peuvent se superposer et, dans ce cas, la psychose réactionnelle ébranlant, jusqu'à un certain degré, l'équilibre psychique, rend possible la naissance d'un processus. La juxtaposition causale est une autre possibilité à envisager. Dans ce cas, le côté psychologique de la constitution de l'individu le prédisposerait aux affections psychopathiques réactionnelles et le côté biologique de la même constitution aux processus. Ainsi, à un moment déterminé de la vie (par exemple puberté, involution), le processus commencerait à émerger imperceptiblement du développement antérieur du caractère, comme une démence sénile, par exemple, peut s'édifier avec une causalité intérieure ininterrompue, par des modifications caractérielles dues à l'âge. Ces relations entre la « labilité autochtone » et la « labilité réactionnelle » d'une constitution (l'expression est de Kleist) sont aussi intéressantes que peu explorées jusqu'à présent. Comment expliquer, par exemple, que l'évolution si éminemment hyperesthétique du caractère comme celle de Hölderlin devait aboutir à une hébétude schizophrénique la plus profonde ? On ne peut écarter l'idée que la subtilité excessive et inquiétante de sa constitution psychique dans la première phase de sa vie devait avoir un lien intérieur quelconque avec la dissolution totale de la seconde période. Ou, par quoi expliquer la parenté caractérologique du revendicateur et du persécuté-persécuté de la *paraphrénia*

systematica, toutes choses qui avaient retardé si longtemps la mise au point de la notion de la paranoïa ? Ce sont des questions qui ne peuvent qu'être posées ici, leur solution dépasserait de beaucoup les cadres de ce livre. Nous sommes entièrement d'accord avec l'école bleulerienne, qu'il ne paraît pas opportun, avant que des matériaux psychologiquement élaborés ne soient réunis, de dresser, dès maintenant, à un endroit déterminé, avec une fermeté dogmatique, un mur d'airain entre le cycle schizophrénique, *ev. paraphrénique* et le cycle de formations délirantes psychopathiques. C'est l'étendue de l'expérience acquise qui aura ici le dernier mot. En outre, rien ne nous force, en général, à tracer, *a priori*, une délimitation rigide entre « Développement » et « Processus », même si on conçoit ces notions comme nettement différentes. La position, fortement négative, prise par Kraepelin à l'égard de ce problème est compréhensible. Car, toutes les recherches dans ce domaine, si elles ne veulent pas semer la confusion, devraient se baser sur un travail psychologique pénétrant et sérieux, une netteté d'idées et une grande scrupulosité.

Après avoir annoncé explicitement que cet ouvrage aura pour principal objet d'étude les relations déterminées entre le caractère et la réaction psychopathique, nous devrions nous baser sur le tableau clinique de Gaupp et, parlant du diagnostic différentiel, mentionner également, au moins brièvement, les relations entre le caractère et le processus. On a bien vu que Gaupp posait dans son traité deux problèmes différents. L'un est le suivant : dans quelle mesure le caractère prémorbide influence-t-il, dans le processus également, la structuration formelle du tableau clinique ? Ce problème n'est qu'un problème de la symptomatologie psychiatrique ; il est posé par Gaupp et par Tiling. Mais il ne faut pas non plus sous-estimer son importance pour l'établissement du diagnostic par le praticien. La seconde question est : dans quelle mesure des caractères déterminés permettent-ils de prévoir la possibilité d'une affection processuelle ? C'est une question intéressante ayant trait au domaine psychiatrique et qui concerne la recherche causale et qui, comme nous l'avons vu, a son importance pour les caractères sensitifs également. Mais ce n'est pas un problème de causalité directe telle qu'elle existe entre le caractère et la psychose réactionnelle. Il s'agit dans le processus d'une causalité médiate, pour autant que le caractère prémorbide possède à l'égard du processus ultérieur, une valeur symptomatique d'une constitution biologique sous-jacente qui, elle, constitue pour sa part, la cause immédiate du processus.

Le diagnostic différentiel entre notre tableau clinique et celui de Gaupp pose dans la même mesure le problème du « caractère et du processus » que le problème de « l'expérience vécue et du processus ». Mais cette question n'est pas encore assez élaborée scientifiquement pour que nous puissions, pour le besoin de notre cause, lui apporter une solution sans dépasser outre mesure les cadres de ce problème. L'attitude critique de l'école de Zurich, avant tout celle de Bleuler et de Maier, qui limite ce problème, doit être prise ici en considération. En tout cas, ces chercheurs ont le mérite d'avoir également, en dehors de l'école psychanalytique, attiré l'attention sur la très grande finesse psychologique du contenu représentatif des schizophrènes et des paraphrènes, due spécialement au concours qu'apportent les « complexes » ou les « mécanismes catathymes » à la genèse formelle de ces représentations. Dans les processus paranoïdes des malades de Gaupp, si nous nous limitons à des cas non équivoques de W... et de H..., il n'a pas pu échapper à notre attention que l'élaboration de l'expérience avait toujours la même résonance que les véritables réactions sensibles. Il est possible que l'hypersensibilité immotivée de W..., qui est mise en lumière au cours de sa psychose le jour de la conversation sur l'affaire Eulenburg, ait encore une relation psychologique lâche avec la sphère des idées sexuelles qui a eu principalement un caractère de surestimation réactionnelle. De toute façon, il est remarquable, que le sujet s'étant saisi une fois de l'idée « Eulenburg » l'élabore précisément à l'instar d'un vrai psychotique sensible, en un délire de relation bien polarisé. La symptomatologie du délire de relation de H... est dominée au plus haut degré et de façon tout à fait analogue, par les conversations courantes qui alimentent ce délire. Mais avant tout, ce qui est caractéristique pour le tableau de Gaupp, c'est la réactivité psychologique extrêmement vive dans le sens de la scrupulosité psychasthénique qui, au cours des longues années d'incubation de la maladie, s'oriente vers l'élaboration catathyme des expériences, surtout dans le sens d'une hypocondrie sexuelle. C'est pourquoi Gaupp, dans sa description des maladies, a surtout souligné l'effet des expériences vécues sans pour cela leur conférer une place principale, car en effet, il s'agissait des processus.

Une seconde interprétation du cas A. J... doit être envisagée (en dehors de la possibilité d'une paraphrénie) et doit être présentée au lecteur parce que, précisément, elle nous conduit au rapport entre le délire de relation sensible et la paranoïa. Nous devons donc rapporter d'emblée un des cas que nous avons observé récemment,

Un paysan, Kerle (1), habite un village perdu. Dès son enfance, il montre une douceur extrême, un fond de bonté naturelle et de timidité à côté des traits caractéristiques d'un original entêté, qui aime ruminer ses idées. Dans sa jeunesse, il a aimé profondément une jeune fille, qui se détourna du jeune homme à cause de sa balourdise. Deux séries de représentations délirantes naissent immédiatement après cette expérience. On peut suivre leurs traces à travers de longues années, jusqu'au moment présent. D'une part, K... a élaboré le refus de la jeune fille dans le sens d'une insuffisance humiliante, d'où découle un délire de relation sensible typique. Par exemple, pendant de longues années, au lieu d'aller à l'église de sa paroisse, il se rendait à une église fort éloignée, car il s'imaginait que le curé de son église ferait des allusions à lui dans son sermon. D'autre part, depuis le mariage de la jeune fille, il vivait sous l'emprise d'une idée délirante, espérant que ce mariage n'était que « simulé » et qu'un jour la jeune fille viendrait lui offrir sa main. Le malade a actuellement 42 ans et la femme en question a déjà plusieurs grands enfants. Les enfants, pense-t-il, pouvaient en réalité être des enfants d'autres membres de la famille qui habitaient la même maison. En outre, il s'était forgé une conviction qu'on ne pouvait l'appeler sous les armes parce qu'il était célibataire. Il puisait ses arguments dans l'étude appliquée de la Bible, pour ceux d'ordre religieux et pour les autres, dans son amertume, due à l'échec dans la recherche du bonheur conjugal. Le refus de se soumettre à l'obligation militaire, qui découlait de cet état, avait amené le malade en observation à notre clinique. Il s'agit ici des intrications intuitives, purement psychologiques, chez un malade dont la personnalité est restée intacte, sans la moindre trace d'un processus bien que le malade ait débuté il y a 17 ans déjà.

Dans ce tableau, nous voyons se combiner deux ou, si l'on veut, trois délires chroniques : d'abord un délire de relation sensible qui présente une forme d'évolution réactionnelle (se reporter à notre définition ci-dessus) dans la mesure où, ayant surgi d'une expérience déterminée, il ne retourne plus à sa source. Puis, une autre évolution réactionnelle, née de la même expérience, qui a un caractère psychologique totalement différent ; elle constitue une formation délirante « catathyme » dans le sens le plus strict de ce terme, une psychose paranoïaque de désir rectiligne. Elle se déroule en ligne droite, mais dans un sens

(1) Une description détaillée de ce cas se trouve au chapitre XI : « A propos du délire amoureux ».

opposé à celui du délire de relation sensitif, étant donné que, sans une modification psychologique quelconque, le délire réalise avec bienveillance le désir intime du cœur. Tandis que le délire de relation sensitif se nourrit des tensions contradictoires des tendances psychiques inconciliables, du conflit dramatique entre l'idéal et la réalité, du repentir et du désespoir, la psychose paranoïaque de désir est pleine d'espoir, optimiste, exempte de tension, car c'est précisément grâce au délire que l'idéal convoité est devenu réalité. L'évolution de la psychose de combat est également rectiligne, mais elle se distingue de façon caractéristique de la psychose paranoïaque de désir parce qu'elle a pour base une tension dystonique des affects. La psychose sensitive répressive et la psychose de combat extensive sont alimentées toutes les deux par des conflits ; la première, par des conflits éthiques internes, secrets ; la seconde, par des conflits sociaux externes, manifestes. Toutes les deux ne peuvent atteindre leur paroxysme que lorsqu'un conflit surgit de l'expérience ; elles sont donc toutes les deux principalement des psychoses réactionnelles.

Toute autre est la psychose de désir d'un rêveur, personnage pour ainsi dire infantile et euphorique. Comme nous l'avons vu, cette psychose peut aussi être réactionnelle, en prenant son départ d'un événement extérieur, mais ici, la pointe de l'expérience brute est émoussée par un renversement catathyme. Néanmoins, en tant que psychose d'un original, intérieurement isolé du monde, elle doit correspondre à la fois à l'idéal et à la réalité, non pas au conflit. Elle peut également enrichir son contenu par des fantasmes puisés dans les contes infantiles, centrés sur le bonheur apporté au monde, la renommée des inventeurs et des prophètes, le suprême bonheur céleste, l'amour des belles princesses et du jeune prince, disparu et retrouvé. Tout ceci peut, insensiblement, s'insérer dans la vie adulte, se renforcer avec l'âge. La psychose représente alors le type le plus caractéristique d'une évolution autonome chez une personnalité atteinte d'embrye de malformations psychiques. La maladie peut suivre son cours sans stimulations expresses et déterminées de l'expérience, mais simplement en vertu des lois psychologiques liées à la succession des années. Kraepelin a isolé du réseau intimement intriqué des psychoses chroniques, nées sur le terrain d'une personnalité psychopathique, ce type de psychose de désir à évolution délirante autonome, mais sans l'avoir délimité avec précision. Il lui a choisi le nom de « paranoïa ». Nous allons immédiatement démontrer pourquoi cet essai, bien que poursuivi avec logique, ne représente pas une solution définitive du problème

de la paranoïa, mais seulement une phase transitoire de son histoire.

Chez le malade K..., que nous avons présenté en dernier lieu, nous voyons, en effet, se dégager, à côté de la formation délirante réactionnelle et catathyme, un troisième rameau de la même souche de la personnalité ; c'est une évolution paranoïde autonome sous forme des idées religieuses et sectaires. Par la suite, ces idées s'agglutinent aux éléments évolutifs réactionnels et aboutissent à un résultat commun exprimé par le refus des obligations militaires.

L'histoire de la maladie du commerçant A. J... envisagée dans la perspective de ce dernier cas s'éclaire d'un jour nouveau. Il aurait pu notamment s'agir chez lui, comme chez notre paysan célibataire, d'une combinaison de psychose sensitive et de psychose de désir, dont la succession chronologique serait inversée : il y aurait en premier lieu son infidélité conjugale qui provoque, chez cet homme sensible, consciencieux, un délire sensitif qui, seul, domine le tableau pendant de longues années. Puis, en 1910, après le suicide de sa femme, il se produit un revirement brusque qui ébranle le soubassement psychologique de la maladie. La femme continue, à vrai dire, à jouer le rôle principal dans la vie psychique du malade. Mais la mort enlève aux remords de conscience et à l'angoisse sensitive leur raison d'être ; par conséquent, le tout se retire progressivement à l'arrière-plan. En outre, à la suite de cette mort, l'amour pour sa femme, troublé depuis longtemps par la dislocation de la situation conjugale, fait une irruption violente et provoque une très compréhensible nostalgie. Cette brusque modification de l'affect amène un changement correspondant du système délirant, remplaçant l'angoisse sensitive par une psychose vivace d'accomplissement du désir, qui métamorphose l'image de la défunte en une image vivante. Toutefois, ce second système délirant est encore teinté d'idées hypochondriaques et d'idées de persécution provenant de la première période.

Cette interprétation a un avantage net et manifeste, car il est un peu difficile d'admettre qu'une paraphrénie se soit ajoutée à l'état précédent. Cette seconde interprétation sauvegarde la possibilité d'une unité dans l'explication du développement de toute la maladie, se déroulant sur la base d'une réactivité psychologique. Cette explication est encore étayée par le fait que, lors du passage de la première à la seconde période, qui ne peut être considérée comme une phase sensitive, il s'était produit nettement une réaction à une expérience : à la mort de la femme. Les bizarreries autistiques du malade dans sa nouvelle manière

d'être ne constituent pas, en outre, une preuve du contraire si nous nous rendons compte à quel point les séjours prolongés dans les établissements, comme aussi bien en prison, peuvent déformer le psychisme par voies psychologiques, sans intervention d'un processus. C'est, en premier lieu, les médecins des asiles qui peuvent nous fournir des explications de tels cas. On peut s'attendre qu'ils nous donneront des éclaircissements intéressants sur la formation du délire. Peuvent avoir le même intérêt les recherches dans le domaine des psychoses carcérales. Toutes ces données permettraient précisément de délimiter la paranoïa.

Par là, nous revenons aux conclusions finales qui se dégagent de notre exposé sur la paranoïa de Kraepelin. Il aurait été souhaitable que l'expression très heureuse de Maier, notamment le terme « catathyme », conquiert droit de cité dans le domaine des psychoses de désirs à évolution rectiligne, aussi bien en tant que concept général que dans sa signification limitée et précise de périphrase. En tout cas, il sera employé ici désormais exclusivement dans ce sens. Le traité le plus récent de Kraepelin donne-t-il, dans sa description de la paranoïa, un tableau net de l'évolution autonome catathyme et reflète-t-il une certaine unité d'un groupe de maladies ? Certainement non. Les psychoses de désir représentent seulement, dans la nouvelle édition, le modèle fondamental bien connu du tableau de la paranoïa. De même, dans les éditions antérieures, les psychoses de combat, remplaçant les psychoses de revendication, n'étaient que des modèles fondamentaux typiques. En même temps, nous voyons que des traits inhérents à l'évolution d'autres formations délirantes chroniques s'étaient infiltrés dans ces descriptions. Il est vrai que ces traits ne portent pas toujours et partout le sceau précis de leur particularité et de leur indépendance.

Dans la description de la paranoïa de Kraepelin, les dispositions sensitives du caractère et la forme de l'édifice délirant qui en découle régulièrement ne sont délimitées nulle part avec précision. On a l'impression que Kraepelin n'avait pas présenté à l'esprit les formes pures du délire de relation sensitif. Cette supposition se renforce d'autant plus à la lecture de certains passages de ce traité que l'alliage fréquent des composantes sensitives avec d'autres formes caractérogènes du délire, influence inconsciemment leur description.

Le chapitre sur le « Délire de persécution » contient peut-être des éléments de ce genre, particulièrement lorsque Kraepelin souligne leurs associations avec les appréhensions hypochondriaques. Mais là où Kraepelin se rapproche le plus du

tableau de nos caractères sensitifs, c'est lorsque, dans l'exposé de la psychogenèse du délire sur le fond des particularités individuelles, il émet l'hypothèse qu'il faudrait considérer comme source des idées de persécution l'incapacité aux luttes de la vie, incapacité qui découle de dispositions défectueuses. En tout cas, cette conception, très générale, permet d'appliquer cette définition surtout aux formations délirantes des intriguants et des querulents. Toutefois, la conception formulée ci-dessous se rapproche encore davantage de la nôtre. A propos de l'interprétation des réactions du paranoïaque, Kraepelin dit :

Chez le paranoïaque également, là où est ressentie continuellement une insécurité intérieure, existe, en même temps, une conscience de soi plus accentuée, ce qui conditionne une sensibilité particulière.

Cette formulation ne laisse plus douter que Kraepelin avait observé dans certains de ses cas des éléments de caractère sensitif. En même temps, toutefois, le fait que Kraepelin (comme Bleuler d'ailleurs) ne soulève pas ici le problème du degré d'intensité dans les interrelations entre les composantes caractérielles sthéniques et asthéniques, prouve que ces deux auteurs ne font aucune différence entre les formes délirantes expansives et sensitives, car, on trouve également dans la névrose de combat une composante caractérielle asthénique, mais dans une proportion inverse que dans les névroses sensitives.

Kraepelin avait élaboré plus nettement la parenté de la paranoïa avec des formes expansives qu'il ne l'avait fait pour des formes sensitives. Il souligne que le déplacement du délire de revendication des cadres anciens vers le domaine des affections psychogènes « n'a qu'une importance secondaire », que chez le paranoïaque également « certaines expériences vitales peuvent exercer une influence décisive sur la formation du système délirant », que « la lutte pour la vie » le pousse à une surestimation tenace de sa valeur personnelle. Dans les descriptions imagées de Kraepelin, cette lutte, souvent tenace et passionnée des inventeurs, des prophètes et des faux princes, pour leurs prétendus droits, ressort de façon suffisamment frappante pour les impliquer fréquemment, comme les querulents, dans des conflits sociaux.

Mais, demandons-nous quelle est en général la différence entre un revendicateur qui lutte pour un désir imaginaire et un inventeur qui, en luttant, essaye de réaliser un désir fantaisiste ? Car, est-ce qu'un revendicateur n'est pas à moitié un rêveur qui, aveugle pour les réalités du monde extérieur, voit intérieurement les possibilités de réaliser ses désirs irréalisables ?

L'inventeur n'est-il pas, en partie, un processif, qui défend son brevet manqué à travers toutes les instances, malgré les railleries du monde entier ?

Mais tournons-nous vers les types des paranoïaques plus subtils. Est-ce que la faiblesse en face de la vie et l'insécurité dans cette lutte des amoureux timides et des scrutateurs consciencieux de la Bible, décrits par Kraepelin, n'ont rien de commun avec nos sensitifs ? Est-ce que ce ne sont pas souvent des rêveurs timides, solitaires, jusqu'au moment où, leur délire mûri, ils sont poussés à sortir du rang, comme cela arrive aux sensitifs ? Au contraire, l'amour secret sans espoir, que nourrissent dans leur cœur des années durant les vieilles filles sensitives, ne ressemble-t-il pas comme deux gouttes d'eau à l'amour des princesses de Kraepelin ? Le désir délirant d'être encore aimée est apparent chez les premières (le professeur de musique de Wernicke), comme chez les secondes. Car, pour des rêveurs et pour des poètes, l'amour des princesses n'est pas plus absurde que l'amour pour le professeur de lycée. Nous avons souvent rencontré chez les sensitifs le penchant pour les rêveries et pour les contes exotiques, une pénétration profonde dans le monde de la poésie ou dans les bizarreries d'une passion mystique. Mais il y a des sujets, comme le paysan K..., ayant les dispositions caractérielles d'un individu original, sensible, bon, chez lesquels peuvent surgir parallèlement et simultanément un délire de relation sensitif et une psychose passionnelle. Rappelons-nous aussi le cas Wagner, où l'hyperexcitabilité érotomaniacale d'un délire de relation sensitif alimente un délire prophétique qui favorise, à son tour, l'éclosion d'une psychose de combat. Rappelons-nous le cas de Bjørre, où, dans une succession psychologique inversée, un délire de relation sensitif prend naissance à partir des complications intérieures d'une folie érotique fruste. Pensons également au cas de Bruhn où une partie du délire érotique s'intègre dans une psychose sensitive. Nous voyons partout, si nous approfondissons les choses, les interrelations psychiques des formes délirantes « psychogènes » et celles que Kraepelin appelle « purement paranoïaques ». Elles constituent une trame subtile dont les intrications sont indissolubles.

D'une part, il est impossible de tracer des lignes de démarcation nettes entre la structure psychologique de ces trois groupes de formations délirantes. D'autre part, on ne peut s'imaginer les paranoïas de désir de Kraepelin, les unes sans combativité tenace des revendicateurs, les autres sans des tendances paranoïaques, nées de l'insécurité et sans la sensibilité psychique foncière des sensitifs. Donc, qu'est-ce qui nous autorise à inclure

une de ces affections dans un groupe et l'opposer aux deux autres ?

La forme de l'évolution, point auquel Kraepelin accordait une grande importance, ne pouvait non plus le justifier. Le délire de revendication et les cas graves du délire de relation sensitif constituent parfois, occasionnellement, une maladie chronique, qui s'étend sur de longues périodes de la vie, sans qu'on puisse prévoir son issue. Kraepelin lui-même a, d'autre part, renoncé à une rigidité fondamentale dans ce domaine, lorsqu'il ne soulève plus d'objections contre « l'existence de la paranoïa à formes légères, psychogènes, suivies de guérison ». En parlant de la paranoïa de Friedmann, nous avons déjà souligné qu'en général, rassembler uniquement des formes évolutives paranoïaques, les formes « bénignes » incluses, ne semble pas être d'une utilité scientifique quelconque. Nous avons vu dans le délire de relation sensitif que les formes névrotiques et dissociatives-fantastiques se lient, du point de vue psychologique, en un ensemble avec les paranoïas simples. Nous risquerions donc d'obstruer notre vision des grandes lignes de relations psychologiques importantes entre ces divers tableaux cliniques, si nous voulions étudier les secondes, sans tenir compte des premières.

Il ne persiste donc de différences que dans l'éclosion de la maladie lors de l'évolution réactionnelle et autonome. Ultérieurement, Kraepelin a fait de cette différence le critère primordial entre la paranoïa « vraie qui se développe purement à partir de causes internes » et le délire de revendication et, en général, des affections psychogènes, où « la formation délirante prend comme point de départ une cause externe déterminée ». Nous avons déjà souligné plus haut cette différence remarquable qui existe entre les psychoses de désir d'une part, et les psychoses sensitives et les psychoses de combat de l'autre. Mais suffit-elle pour séparer la « paranoïa vraie » de toutes les autres formations délirantes « psychogènes », en tant qu'une maladie particulière (non seulement en tant que groupe de maladie). Kraepelin a fait des concessions importantes sur ce point également :

Les différences dans l'édification du délire de revendication et de la paranoïa reviennent donc à un certain déplacement des rapports entre les influences externes psychogènes et des causes internes de la maladie.

Ou encore :

Il est possible que la paranoïa et la formation psychogène du délire doivent être considérées comme les derniers maillons d'une chaîne où sont représentés tous les anneaux intermédiaires.

Il est évident qu'il ne s'agit ici que de concessions car, précisément malgré tout, Kraepelin maintient sa notion de la « paranoïa » comme telle.

Il ne sera donc pas superflu d'éclaircir toute la relativité de la différence entre l'évolution réactionnelle et l'évolution autonome en se basant sur la paranoïa de Kraepelin. Nous faisons donc abstraction du point de vue énoncé plus haut, à savoir que les composantes expansives et sensitives sont indissolublement intriquées dans l'évolution de beaucoup de paranoïas de désir. Ce point de vue, auquel les concessions de Kraepelin se rapportent en premier lieu, suffirait déjà en lui-même pour mettre en doute l'utilité d'une séparation spéciale des psychoses de désirs. Nous nous limiterons donc aux psychoses de désirs pures. Nous avons vu plus haut, chez le malade K..., qu'un délire amoureux qui, psychologiquement, correspond à la folie érotique de Kraepelin peut se former de façon électivement réactionnelle, « psychogène », tout comme un délire de relation sensitif et peut apparaître simultanément avec celui-ci. Doit-on considérer ce délire amoureux comme une paranoïa, parce qu'il représente une psychose de désir, ou doit-on l'inclure dans les affections psychogènes à cause de son origine réactionnelle ?

La question se pose donc de savoir si on doit considérer comme quelque chose de morbide, comme premier symptôme de la paranoïa, le sentiment amoureux teinté de romantisme qu'éprouve un paranoïaque en présence d'une personne haut placée ; cette rêverie romantique, nous disons bien, ce penchant affectif initial, non le système délirant qui en dérive par la suite ? Dans l'affirmative, nous devons déclarer paranoïaques toutes les adolescentes qui tombent amoureuses d'un ténor célèbre, car ce sentiment a les mêmes bases psychologiques et les mêmes perspectives romanesques de l'échec. Et, pour parler de l'âge, il y a assez de poètes qui ont dépassé la période de puberté et qui, néanmoins, s'éprennent de passion absurde pour des personnes haut placées, inaccessibles, et qui s'éprennent d'elles précisément parce qu'ils ne les ont aperçues que quelques fois et de façon fugitive. Cette forme de l'amour lointain, romantique, passionné, n'a donc rien de paranoïaque, et somme toute, rien de morbide ; c'est une forme ludique d'érotisme physiologique qui, en général, est très anodin. Ce genre d'amour nous a valu quelques œuvres d'art de haute valeur. Un regard fugitif jeté par la portière d'un carrosse est une expérience vécue pour le poète qui le capte ; c'est une expérience qui, pour lui, est une source à laquelle il puise pendant des années.

Ne reculons pas devant la constatation qui s'en dégage :

un regard jeté par une princesse où l'on croit discerner l'amour est donc pour le paranoïaque son expérience vécue et tout le délire amoureux qui s'ensuit est par là réactionnel, « psychogène ». Nous ne saurions, en réalité, voir quel argument plausible on pourrait opposer à ce point de vue, puisque nous accordons la même attention dans la paranoïa, comme nous l'avons toujours fait pour le délire de revendication, aux constellations extérieures de l'expérience. Un bout de planche arraché à une clôture, les réclamations qui s'ensuivent et qui forment la base du délire de revendication auraient-ils une portée extérieure plus grande que l'apparition d'une princesse ? Car il est clair que, dans chaque expérience, même si elle n'est pas pathogène, les matériaux extérieurs sont des éléments accessoires. Ce qui est primordial, c'est l'expérience interne, ce que la personnalité qui l'a vécue en fait. On pourrait même dire — *cum grano salis* — chacun vit ce qu'il est.

En tout cas, il est difficile de comprendre pourquoi on ne peut accorder la même valeur à l'expérience d'un paranoïaque mystique (1) suspendu à la lecture d'un passage déterminé de la Bible, comme à celle d'un quérulent, qui a trébuché sur le seuil de son voisin. La responsabilité du verset de la Bible n'est ni plus, ni moins grande dans le fait que le paranoïaque fonde une secte en s'inspirant de lui, que celle du professeur de lycée dans le fait que la jeune fille sensitive l'avait pris comme thème de son délire de relation, ou la responsabilité du bout de planche pour lequel le paranoïaque perd sa fortune. L'expérience interne, vécue par le psychopathe, en vertu de sa constitution spécifique, devient pour « des raisons purement intérieures », soit le noir méfait du bris de clôture, soit le péché d'un amour secret, soit la vocation divine de Prophète, découverte dans la Bible. Toutes ces expériences intérieures créent le paranoïaque.

(1) Un des cas principaux de Kraepelin, qui se trouve dans son traité, « l'offrant royal d'un perpétuel repas de noce », a été étudié par W. Gutsch de façon casuistique. Dans cette description qui ne contient qu'une esquisse superficielle des éléments caractériels et des éléments de l'expérience, une double influence de l'expérience se laisse entrevoir de façon suffisamment nette. Nous supposons que la double impossibilité d'accéder à une profession supérieure (études supérieures, Académie des Beaux-Arts), a été l'expérience pathogène et déterminante chez cet homme doué et dont l'ambition était extrêmement vive. Cet anéantissement d'un but vital important correspond exactement aux prédispositions fondamentales de la psychose de désir de notre paysan K..., sauf que chez lui il s'agissait de l'amour, et qu'ici il s'agit de la vie professionnelle. Ce sont les deux pôles autour desquels gravitent les psychoses sensitives. Le premier cas est aussi psychogène que le second. En ce qui concerne le contenu, l'échec stimule ici l'orientation du désir vers un idéal vital supérieur et la lecture du *Petit livre de Prophète* l'influence encore par la suite. Les influences du milieu campagnard et dévot devaient aussi y contribuer.

Disons en toute sérénité : « créent le paranoïaque ». L'expérience qui révolte produit un paranoïaque de combat, l'expérience que l'on retient, un paranoïaque sensitif et une expérience alimentée par l'imagination un paranoïaque de désir. Car nous ne trouverons la solution du problème de la paranoïa que lorsque nous admettrons franchement qu'il y a des paranoïaques, mais qu'il n'y a pas de paranoïa. Nous avons, tout d'abord, fait connaissance de trois groupes d'évolution délirante caractérogène qui tendent à une systématisation chronique et qui, d'après l'ancienne terminologie clinique, peut être définie comme paranoïaque : paranoïaque expansif ou de combat, sensitif ou paranoïaque de conscience et paranoïaque de désir. Chacun de ces groupes forme, comme nous l'avons vu, un type à particularités précises. Mais comment et à quel endroit pouvons-nous découper une unité morbide : « la Paranoïa » dans ces groupes établis de types paranoïaques ? Essaie-t-on, comme le fait Kraepelin, de découper un groupe particulier de paranoïaques de désir pour en faire une entité, on obtient alors la moitié du groupe des paranoïaques de combat, et il nous reste quelques sensitifs à caser. Il est très difficile de comprendre pourquoi, en effet, l'expression « Paranoïa », qui est à la fois maniable et qui a conquis droit de cité en clinique devait-elle être réservée précisément au petit groupe des psychoses de désir ? Il faut en l'occurrence se référer, également, aux opinions de Williams sur la « situation clinique de la paranoïa ». Si nous faisons le même essai en voulant mettre l'estampille de la « paranoïa », en tant qu'entité morbide, sur les deux autres groupes, le résultat n'en sera pas meilleur. Car nous avons démontré, en étudiant les psychoses sensitives, que toutes les psychopathies réactionnelles bien qu'elles puissent être groupées en types distincts, sont liées entre elles par des relations indissolubles, par des états transitoires, suivant en cela des lois précises. Ou bien une entité morbide serait-elle réalisée si l'on donnait à l'ensemble de ces trois groupes le nom de « Paranoïa » ? A première vue, cette solution paraît très séduisante. Mais elle ne constituerait pas moins un acte de violence et une altération de la vérité, comme d'ailleurs les autres solutions. Car l'évolution tendant vers la systématisation chronique, donc l'évolution paranoïaque, n'est qu'un des types de réactions qui peuvent être provoquées dans le même caractère par la même expérience. Cette conviction, que nous venons d'acquiescer lors de l'étude des affections sensitives, pourrait, si on s'en donnait la peine, être renforcée, en l'appliquant de façon adéquate, aux psychoses de combat et aux psychoses de désir. Si nous nous plaçons sur

le terrain étiologique et non sur le terrain formel de la symptomatologie, nous verrons soit un délire sensitif, soit une névrose de relation comme également une paranoïa sensitive, être psychologiquement liés entre eux de façon plus intime qu'avec une forme paranoïaque de la psychose de combat ou de la psychose du désir.

On pourrait donc désigner toutes les réactions psychopathiques et toutes les évolutions psychopathiques, qui présentent des systèmes délirants combinatoires, comme « paranoïaques ». Et, on opposerait comme le fait Kraepelin pour la psychose de désir, à tout ce tableau symptomatique, le « paraphrénique » qui englobe la formation délirante logique des processus endogènes. On devrait alors, dans beaucoup de cas particuliers, dire seulement qu'ils ont une évolution « plus paranoïaque », ou « plus paraphrénique », car précisément des composantes processuelles et des composantes psychiques réactionnelles s'entrecroisent abondamment dans les psychoses à formations chroniques également. L'abandon de la définition « paranoïaque » ne doit pas être, en général, envisagé. Non seulement le besoin pratique évident milite pour son maintien, comme c'est le cas pour l'hystérie, mais aussi les relations internes étroites qui existent entre les trois groupes paranoïaques. Ces relations ne sont pas seulement formelles et symptomatiques, mais aussi caractérogéniques et psychologiques. La solution du problème de la paranoïa, telle que nous venons de la proposer, se tient exactement dans la ligne d'évolution du système kraepelinien. Cette solution constitue le but final où convergent les concessions, à demi accordées par Kraepelin dans son dernier traité et auquel tendent les suppositions prudentes de Bleuler :

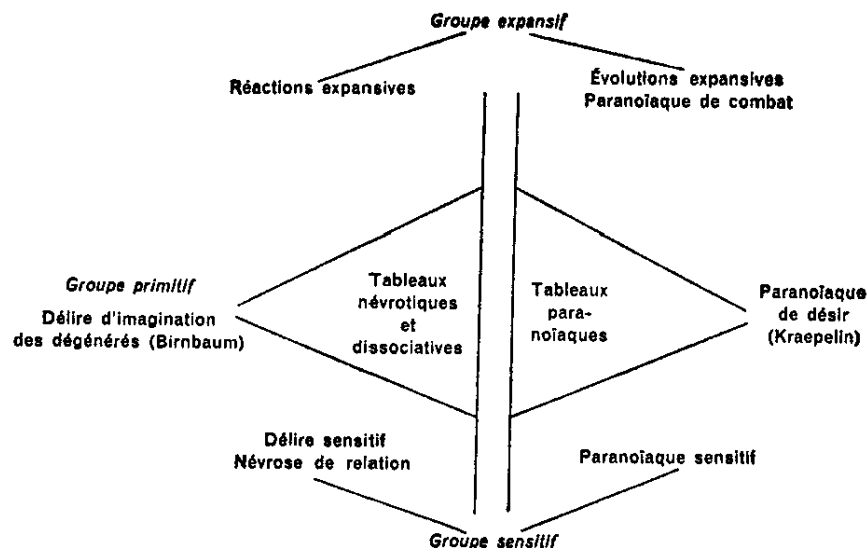
Il est donc possible que la paranoïa ne soit pas autre chose qu'une réaction morbide d'un psychopathe à certaines circonstances déplaisantes.

Nos conclusions qui s'étaient imposées par l'étude des psychoses sensitives sont les mêmes que celles de Kraepelin qui y était arrivé, avec une logique remarquable, à la suite d'une évolution longue et continue de la notion de paranoïa.

Il nous paraît opportun, après les démarches compliquées de nos investigations, de présenter en un tableau concret les relations entre les divers aspects de toutes les formations psychopathiques délirantes et de situer, par là même, les affections sensitives dans leur cadre clinique. Nous ajoutons le domaine de la paranoïa à ce triangle de formations psychopathiques

délirantes et réactionnelles. Leurs interrelations ont fait l'objet de notre étude dans les pages précédentes.

Nous obtenons alors le schéma que voici :



On peut donc, si on met l'accent sur les formes d'évolution situer les tableaux paranoïaques dans un cercle de moindre dimension. Les troubles névrotiques passagers du jugement et les formations délirantes dissociatives prenant leur départ de la base psychopathique réactionnelle ont été, pour plus de clarté, englobés dans une seule sphère puisqu'ils ont été, pour la plupart, déjà reconnus jusqu'à présent comme « psychogènes ». Il est évident que, du point de vue symptomatique, ils ne présentent aucune unité. Le groupe sensitif, aussi bien que le groupe expansif, peut avoir des types d'évolutions paranoïaques, comme non paranoïaques. Le groupe primitif pur paraît présenter principalement des tableaux non paranoïaques, le groupe de psychoses de désir principalement des tableaux paranoïaques. Ce dernier groupe nécessite d'ailleurs des investigations plus poussées, en raison de sa base caractérologique et des transitions aux formes névrotiques et dissociatives. On ne peut écarter l'hypothèse, en suivant la description de Kraepelin également, que l'on trouvera probablement des formes de passage entre délires fantastiques, catathymes et pseudologiques du groupe

primitif et les paranoïas de désir. On comparera ce qui vient d'être dit au cas de Bjérres avec sa très intéressante hérédité incluse.

En général, soucieux de clarté, nous n'avons appuyé notre description que sur des types de plus grande valeur expressive. Nous n'avons pas accordé une attention spéciale, par exemple, aux psychopathes délirants, particulièrement nombreux, qui peuvent se classer entre les caractères expansifs et primitifs, bien que, précisément, ils puissent fournir un apport sérieux dans l'étude du délire de persécution et du délire de jalousie. Le schéma ci-dessus ne doit donc être considéré que comme un essai provisoire et une ébauche ayant pour but de faciliter une vue d'ensemble et de mettre, en attendant, un peu d'ordre dans un domaine fortement controversé. Nous sommes loin de vouloir nous arrêter à ce stade d'étude, surtout en ce qui concerne la classification caractérologique ultérieure des paranoïaques de désir.

CHAPITRE X

LES STRUCTURES PULSIONNELLES ET LES DISPOSITIONS ENDOGÈNES

Il serait utile de revoir, encore une fois, l'ensemble des structures pulsionnelles des individus qui étaient atteints de cette forme particulière de délire de relation sensitif et de les envisager sous l'angle de nos recherches plus récentes sur l'évolution constitutionnelle de pulsions dans les névroses. Un coup d'œil jeté sur toute la série de cas rapportés ici met en évidence le fait que les conflits sexuels, en tant que noyau central de la psychose, forment le groupe de beaucoup le plus important et se placent bien au premier plan. Quelques cas isolés font exception, principalement le cas I de Gierlich et le cas III de Friedmann que ces auteurs étudient en se plaçant à d'autres points de vue. C'est pourquoi nous n'avons pour eux aucun renseignement sur le degré d'enracinement éventuel de complexes. Nous ne savons pas si les conflits professionnels, sans doute sérieux, avec leurs crises d'auto-estimation et leur mécanismes adlériens, étaient ici réellement les causes immédiates de la maladie ou s'ils étaient seulement des signaux de surface et des preuves de libération d'une dynamique pulsionnelle sous-jacente et constitutionnellement enracinée. Nous ne le savons pas et il nous sera impossible d'élucider ce problème actuellement.

Cependant, dans la grande majorité des cas, il saute d'emblée aux yeux que, même si on se tient à l'étude statistique des faits extérieurs, il s'agit de célibataires, d'originaux, hommes et femmes, vivant seuls. A cette époque paisible à laquelle appartiennent ces malades, le fait de rester célibataire était conditionné, en seconde ligne seulement, par des motifs d'ordre extérieur. La situation économique générale était satisfaisante et, dans la structure équilibrée de la population, il n'était pas, pour la plupart, difficile de trouver un partenaire. Les individus

qui restaient célibataires à cette époque l'étaient pour des raisons d'ordres principalement internes, constitutionnels. En première ligne, il faut donc incriminer les particularités de leur structure pulsionnelle, sans toutefois perdre de vue les formes de réactions de la personnalité tout entière. Ainsi, le célibat, conditionné principalement par la constitution sexuelle, créait à son tour un certain climat social ; il engendrait l'isolement, l'insécurité quant au sentiment de la propre valeur de l'individu et augmentait les difficultés de contacts sociaux. Ce qui, par ricochet, se répercutait sur la personnalité tout entière, assujettie à ses cadres constitutionnels. De cette façon, les facteurs endogènes et psychiques de réactivité s'exacerbaient mutuellement.

Mais, concrètement parlant, comment se présentait la structure sexuelle de ces malades ? En premier lieu, il est manifeste que ces individus ne présentaient pas tout simplement une faiblesse pulsionnelle. Leurs pulsions ne manquaient pas de vigueur, mais elles étaient fortement inhibées. Ces individus possédaient une sensibilité sexuelle vive, et pourtant ils ne pouvaient établir de relations avec le sexe opposé. C'est la raison pour laquelle ces sujets donnaient cours à leurs pulsions instinctuelles, soit par des satisfactions génitales solitaires, soit en les vivant sous des formes d'amours lointaines et idéalisées. Ces inhibitions instinctuelles avec leurs symptômes physiques (rougeurs, barages moteurs, etc.) ne sont pas seulement, comme il l'a été longuement exposé ailleurs, des phénomènes artificiellement créés par l'éducation, mais des éléments inhérents aux pulsions elles-mêmes, enracinés physiologiquement dans le cerveau. Ce sont des pôles opposés de l'hémisphère pulsionnelle qui, toutefois, peuvent être grandement renforcés et accentués par les réactions de la personnalité tout entière et par le milieu. Le comportement érotique de nos malades a donc une grande ressemblance avec les premières phases transitoires de la puberté normale. A cette époque également, nous voyons coexister, indépendamment, des excitations génitales localisées et un amour lointain et idéalisé. Le contact avec le sexe opposé est alors également rendu difficile par des barrages énormes. Nous devons donc considérer la constitution sexuelle de beaucoup de nos malades, étudiés ici, comme partiellement retardée dans le sens bio-constitutionnel du terme et conclure que ces individus n'ont pas atteint leur maturité pubérale complète. Sur ce point, le rapport entre la paranoïa et la pathophysiologie des névroses s'avère étroit. Car, au cours des névroses, le retard partiel dans l'évolution de la constitution sexuelle se trouve être un des

pivots des réactions pathologiques. Dans les deux cas, les tensions opposées entre les éléments de la constitution sexuelle arrivées à leur maturité et ceux qui n'ont pas atteint ce stade, proviennent des états d'ambivalence graves à l'intérieur des tendances et des sentiments de la personnalité tout entière. La raison pour laquelle de tels conflits instinctuels endogènes, si étroitement apparentés, aboutissent dans certains cas à des réactions hystériques et dans d'autres à des évolutions paranoïques, ne se trouve pas simplement dans la structure pulsionnelle comme telle. Il faut plutôt la chercher dans l'ensemble de la personnalité et dans la manière dont ses lois intérieures la font réagir à des troubles venant de la sphère pulsionnelle. Il faut aussi en chercher des raisons dans les moyens extérieurs et intérieurs (éthiques) par lesquelles la personnalité répond à ces troubles et également dans la façon dont elle les élabore. C'est précisément un des buts principaux de ce livre que de découvrir les lois qui règlent les formes des réactions de la personnalité tout entière en réponse à des conflits typiques de base.

Nous retrouvons donc continuellement, dans chacun de nos cas, la faiblesse de contact avec autrui, surtout et particulièrement, dans le domaine érotique, tandis qu'en général, dans le domaine social, nos sujets ne manifestent que partiellement des tendances autistiques. Nous rencontrons toujours à nouveau des inhibitions instinctuelles exagérément sévères, avec leurs irradiations psychiques et somatiques. Ce que nous pouvons brièvement appeler « l'absence d'intuition instinctuelle » à l'égard des indices érotiques est tout particulièrement caractéristique pour des troubles partiels de la maturation de la constitution sexuelle. Dans les phénomènes à caractère suggestif, comme le sont les phénomènes érotiques, le contact entre les individus est fonction, en premier lieu, des expressions psychomotrices finement nuancées et non de paroles et de gestes intentionnels. Ces expressions se traduisent par le jeu de la mimique, le ton de la voix et par les menus gestes à demi volontaires et symboliques. Le partenaire les enregistre, les interprète et y réagit de la même façon à demi consciente. Tout ceci se déroule dans la couche hypoboulque-hyponoïque dont le fonctionnement exact est d'une importance décisive pour les perspectives de succès dans le domaine érotique. Les attitudes préliminaires et les jeux de l'amour des individus normaux s'appuient essentiellement sur l'exactitude de cette petite signalisation et sur sa compréhension instinctive. Il existe, parmi les psychopathes, d'une part, des sujets qui possèdent, dans ce domaine, des antennes dont la sensibilité est au-dessus de la moyenne. On

rencontre, par exemple, des escrocs pathologiques qui affirment, et leurs succès le prouvent, qu'ils se rendent compte immédiatement et dans tous les cas, si la femme leur résistera ou non. Et, au contraire, il y a un nombre plus grand encore de gens dont l'évolution a été inhibée et dont la structure pulsionnelle présente seulement un déséquilibre léger et qui ont, dans l'amour, ce qu'on appelle « une guigne », apparemment inexplicable. Mais, en réalité, cette malchance repose sur une méprise continuelle de la signalisation érotique. Ces individus ne perçoivent pas les signes d'expressions positifs ou soupçonnent leur présence là où il n'y avait aucune intention de les produire. En outre, ils n'extériorisent jamais le langage de leurs signaux hypoboulques, de sorte que le partenaire ne sait jamais à quoi s'en tenir. Lorsque ces individus s'efforcent de rompre leurs barrages de façon consciente, le partenaire de sexe opposé ressent leur manque de spontanéité, leur gaucherie, leur tension. Ce qui, dans le cas où la disposition érotique ne s'était pas encore frayé le chemin chez le partenaire, provoque, dans la plupart des cas, une réaction de choc négative de même intensité.

Les biographies de nos sensitifs abondent précisément en beaux exemples de cette absence de l'intuition érotique. Le berger, Ulrich Breiner, qui présente également beaucoup de traits infantiles, donne une description classique de son triple échec auprès des filles, au cours d'une seule soirée. Comme son instinct érotique ne fonctionne pas, il suit, dans sa tactique, les préceptes du livre *Le savoir-vivre*. Les mêmes infortunes typiques sont révélées par Wilhelm Bruhn, homme sérieux et taciturne : des inhibitions pulsionnelles, exagérées, se font jour aussitôt ; le sang lui monte à la figure, il reste sans parole, il est totalement bloqué. Mais, lorsqu'il s'efforce de rompre cette barrière, il dépasse immédiatement les limites et la jeune fille, surprise et indignée, le rabroue. L'incompréhension des signaux érotiques amène ensuite la brouille avec sa belle-sœur, parce qu'il interprète obstinément comme un aveu d'amour chaque contact fortuit de la main ou du pied. Chez les femmes, on trouve également des traits analogues ; par exemple, chez le professeur de musique de Friedmann, lorsque celle-ci, par peur de l'obscurité, entraîne un homme, qu'elle connaît à peine, dans le couloir. Chaque femme, ayant un instinct sexuel sûr, aurait dès le début senti l'équivoque de cette scène de coquetterie érotique et l'aurait évitée. Le comportement ultérieur de la malade de Friedmann, après cette rupture d'équilibre, continue la chaîne de malentendus dans ce symbolisme érotique. Elle renvoie le cadeau anodin (le petit panier de raisins) à son expéditeur et, aussitôt,

sans transition nette, elle est prise par un délire de relation.

Dans plusieurs cas de maturation sexuelle retardée, nous voyons éclore un amour tardif à l'époque de la ménopause. Comme, par exemple, chez Mlle Wegman et chez le professeur de musique de Friedmann ou bien chez Bernard Brenner qui représente un cas de vraie maturation tardive, avec guérison complète et mariage à l'âge de 38 ans. Un infantilisme prononcé se laisse remarquer surtout chez Brenner et chez Käfer. Ce dernier est également atteint de troubles physiques de la fonction sexuelle comme *ejaculatio praecox* et spermatorrhée de défécation. Chez Krumm, on voit apparaître de façon très nette la fixation trop prolongée à la mère, ainsi que des mécanismes adéliens. On constate aussi dans d'autres cas une débilité physique, une fragilité du système végétatif et une insuffisance du développement corporel. Chez Pernsberger, avec sa constitution vaso-motrice asthénique, l'ambivalence sexuelle devient tellement énorme que, de désespoir, il se frappe la tête contre le mur.

Des composantes perverses graves se rencontrent seulement chez Wagner, l'auteur du meurtre collectif. Ce cas est, par ailleurs, atypique et n'appartient à notre groupe que par un de ses aspects. Wagner manifeste des impulsions sodomiques et de fortes tendances sadiques-agressives. Au contraire, chez Brenner, on constate un manque d'instincts agressifs et de défense. Ceux-ci se situent au-dessous de la moyenne de la ligne de conduite virile.

Par ailleurs, il est évident qu'il ne s'agit pas chez les paranoïaques sensitifs d'anomalies graves de la structure pulsionnelle, mais de variantes pulsionnelles plus légères, bien qu'essentielles et importantes. Elles agissent toujours dans le même sens, se tiennent dans les limites des retards partiels de la maturation de la constitution sexuelle, qui ont été déjà évoqués dans les exemples cités.

Quelle est donc la réaction de l'ensemble de la personnalité à l'égard de la structure de ses instincts sexuels, dont les déviations parasitaires sont irritantes ? Sa manière de réagir, dominée par la polarisation asthénique-sthénique, ne peut, selon toute évidence, dériver directement et en première ligne de la vie pulsionnelle. Elle s'explique par la totalité d'éléments habituels du tempérament et de l'humeur avec leur sensibilité, leur subtilité, leur raffinement et leurs tendances à la fatigabilité ainsi que par le rôle du système végétatif. Le déséquilibre de la vie instinctuelle ne fait qu'exacerber la manière de réagir de la personnalité tout entière.

Il en est tout autrement des normes et des principes éthiques, qui sont tout particulièrement accentués, qui se détachent en tant que lignes directrices essentielles de la personnalité des sujets et de leurs psychoses. L'influence de l'éducation et du monde ambiant n'est certes pas dans ce domaine sans importance, si on prend en considération le rôle que joue, dans la plupart de nos cas, leur entourage paysan et petit bourgeois, souvent fortement imprégné d'esprit religieux.

Les interrelations de la constitution sexuelle et de la personnalité totale jouent ici un rôle essentiel et décisif, à un degré tel que la morale individuelle apparaît comme une image spéculaire inversée et une influence corrélativement opposée aux tendances pulsionnelles irritantes. Ce phénomène est analogue, pour prendre un exemple grossier, à celui qui se rencontre couramment, lorsque l'obsédé, pour se protéger contre sa sexualité précoce, partiellement perverse et trop violente, se crée par surcompensation des appuis moraux, comparables à des tissus de granulation végétant autour d'un corps étranger. On peut se rendre compte nettement que même chez le paranoïaque sensitif, avec sa structure pulsionnelle moins complexe, l'attitude éthique tend à la surenchère, à une pruderie tendue et unilatérale, attitude qui ne peut se masquer entièrement... Lorsqu'on connaît les ambivalences sexuelles du soubassement instinctuel, on comprend facilement pourquoi leurs reflets à la surface de la personnalité prennent l'aspect d'une pudibonderie éthique extrême. Elle est un soutien et une auto-défense en même temps. Par un refus éthique, aussi catégorique et entier, l'individu se crée un système de défense générale. L'organisme esquive toutes les tentatives d'action et toutes les exigences qui pourraient être adressées à sa constitution sexuelle insuffisante qui, dans un cas concret, pourrait être impliquée sans cesse dans les mêmes ambivalences violentes et dans les mêmes échecs. Instinctivement, cet état est ressenti comme justifié, jusqu'à un certain degré ; mais, à la longue, il ne peut se maintenir étant donné la force pulsionnelle existante. Les impulsions instinctuelles positives font plutôt irruption dans ces attitudes générales de défense morale, ce qui, à son tour, a pour conséquence, des contre-offensives morales des plus pénibles et des plus violentes. C'est le dilemme profondément ancré dans l'être du paranoïaque sensitif, dilemme d'où il ne peut échapper.

L'évolution du délire de relation est très étroitement liée à cet état de chose, dans la mesure où ce délire projette à l'extérieur les ébranlements profonds de l'auto-valorisation éthique intérieure. Ceci se produit tout spécialement lorsque les arrêts

de l'évolution de la constitution sexuelle sont la cause d'un amour tardif, qui naît aux environs de l'âge critique. Les expériences érotiques tombent alors à un moment inopportun de la vie et, les lignes de conduite morale étant déjà bien consolidées, ces expériences sont, de ce fait, particulièrement irritantes pour la personnalité.

La structure interne d'un paranoïaque sensitif montre donc une pluralité des facteurs endogènes et psychiques-réactionnels dépendant les uns des autres. Chacun d'eux a sa situation propre, chacun d'eux est indispensable au résultat psychopathologique final. Tous ces éléments s'influencent mutuellement dans ce remou psychologique, chacun d'eux agissant d'après sa propre nature. Et on ferait preuve d'un manque d'imagination intellectuelle si on ne pouvait trouver une autre solution que d'englober cet édifice remarquable dans un diagnostic commun avec la schizophrénie et si on voulait liquider tous les problèmes, sans autres, par une thérapie de choc.

LES LABILITÉS ET LES DISPOSITIONS ENDOGÈNES

Le domaine de la paranoïa n'est pas un terrain de premier ordre pour les classifications et les subdivisions de la clinique courante. Il s'agit ici des personnalités, du déplacement de leurs structures internes et de leurs réactions extérieures aux expériences vécues. Strictement parlant, il n'existe pas de paranoïa, mais bien des paranoïaques. Dans ce domaine, les problèmes centraux ne peuvent être soumis qu'à une analyse structurale profonde et pénétrante, aboutissant à un diagnostic multidimensionnel de toutes les composantes causales, qui s'insèrent dans un tableau d'ensemble ainsi qu'à une analyse de leurs relations dynamiques réciproques. L'intérêt se dirige ici, en premier lieu, vers le rapport entre les forces réactionnelles endogènes et les forces psychiques et vers les intrications internes du jeu de ces forces. Ce n'est que dans cette perspective que l'on acquiert les points de départ exacts pour l'intervention thérapeutique. Il ne faut pas que les définitions nous empêchent de voir les véritables phénomènes vitaux, qui eux ne sont ni logiques, ni systématiques, mais simplement vivaces.

Si, devant un cas appartenant au domaine de la paranoïa, on se demande : est-ce une évolution psychique réactionnelle ou, par exemple, un processus schizophrénique, la vue exacte des phénomènes est souvent obscurcie. Cette question simplifiée de façon inadmissible l'état réel des choses. Il faut, par contre, se demander : quelle est la part des facteurs endogènes et des

facteurs psychogènes dans la modification de la conduite de l'individu ? Et ensuite, quelle était la part de ces facteurs en tant qu'élément déviationnel dynamique, actif, au début ; quelle est-elle actuellement et, peut-être, quelle sera-t-elle à l'avenir ? Lequel de ces facteurs a mis en marche la modification à caractère paranoïaque ? Lequel l'avait dirigée et quel est celui qui, peut-être, actuellement reste inactif ? Il faut se dire encore que des processus schizophréniformes légers sont seulement une des possibilités permettant aux phénomènes endogènes de contribuer à la formation d'une personnalité paranoïaque. Les réactions paranoïaques de degré moyen n'exigent, en général, pour se réaliser, aucune modification du soubassement endogène. Plus une évolution paranoïaque est grave et prolongée, plus la suspicion devient fondée que le terrain lui avait été préparé par une fluctuation et un glissement dans ce soubassement. Cependant, il ne faut pas prendre en considération uniquement les cas limites et discrets de schizophrénie, mais aussi des crises pubérales, des pertes tempérées de vitalité qui surviennent à divers moments de la vie, à la suite des modifications végétatives et endocriniennes. Ce sont des accès imperceptibles, mal définis, du flux et du reflux submaniaque et subdépressifs qui durent des années entières et qui, d'après une vieille expérience psychiatrique, donnent naissance, dans le premier cas, à un délire de revendication, dans le dernier, à des réactions sensitives. Toutes ces possibilités sont bien illustrées dans les chapitres précédents : réactivité pure aux expériences vécues chez des personnalités psychopathiques stabilisées, comme par exemple, Ulrich Brenner, l'amoureux éconduit du chapitre V ; des états légers à nuance maniaco-dépressive, à côté des traits hystériques comme chez Anne Feldweg (chap. III) ; les oscillations schizoformes, des plus discrètes, du fond endogène et l'apparition d'une poussée schizophrénique après de longues années, comme chez Sophie Schlecht (chap. V).

La constitution sexuelle doit toujours être analysée indépendamment d'autres facteurs endogènes. Elle peut, à certains moments, avoir une grande influence par sa stabilité et, à d'autres, par ses glissements et son dynamisme. La différence entre « endogène » et « psychogène » perd alors ici son sens, car dans des stases des pulsions, comme dans des crises on retrouve également des facteurs importants de réactivité psychique à l'égard du partenaire et de l'entourage. Cette importance est égale à celle qu'ont les aspects somatiques et endogènes des phénomènes végétatifs et humoraux concomitants, ainsi que celles des dispositions pulsionnelles spécifiques avec leurs variantes

et leurs ambivalences. Il est donc théoriquement impossible de comprendre pourquoi un grave conflit psycho-sexuel ou éventuellement éthico-sexuel ne pourrait contribuer, au-delà d'une stase sérieuse des instincts, avec ces causes végétativo-endocriniennes sous-jacentes, chez un individu prédisposé à mettre en marche un processus schizophrénique. Ce dernier évoluerait ensuite selon des lois endogènes qui lui sont propres ou ne produirait, dans les fonds de la personnalité, qu'un glissement, aussitôt arrêté. La personnalité, en partant de ce point, continue à réagir à ses complexes psychogènes, tout en ayant une organisation légèrement modifiée. Nous avons parfois l'impression que les choses se passent ainsi dans ce que nous avons appelé « la catatonie de fiançailles ». Il nous semble également que c'est le seul moyen d'explication adéquate de cette dynamique de conditionnement réciproque des facteurs endogènes et psycho-réactionnels dans certaines évolutions paranoïaques. Ces glissements du fond endogène de la personnalité ébranlent le terrain nourricier sur lequel les mêmes complexes psychogènes prolifèrent de façon encore plus dense et fantastique. Nous retrouvons d'ailleurs le même phénomène dans les réactions psychopathiques des individus indemnes de troubles endogènes. Dans la mesure où les mécanismes schizophréniformes interviennent dans le domaine plus étroit de la paranoïa, il s'agit exclusivement des équivalences et des formes limites légères. Des formes délirantes systématisées, comme par exemple le délire de relation sensitif, polarisé autour du noyau d'une expérience réelle, ne sont possibles que lorsque la personnalité est intacte. Toute schizophrénie avancée détruit si rapidement le noyau de la personnalité que les formations délirantes elles-mêmes deviennent un monceau de ruines, comme nous le voyons dans les schizophrénies paranoïdes achevées. Une réaction ou une évolution paranoïaque, comme par exemple le délire de relation sensitif, peut, du point de vue endogène, se construire sur le fond d'une personnalité nerveuse stabilisée, à structure caractérielle particulière. Ou, en supposant l'existence des mêmes particularités caractérielles, elle peut se construire sur divers glissements légers ou des oscillations légères du soubassement endogène. Ou bien, finalement, elle peut éclore lors du stade initial, encore compensé, d'une schizophrénie, qui, ultérieurement, deviendra dissociative. Dans le domaine de la paranoïa, les modifications endogènes du fond psychique sont ce qu'il y a de non spécifique, de variable, qui peut ne pas se rencontrer du tout dans différentes formes de la maladie et ce n'est que la dislocation du fond endogène qui facilite la naissance de certains complexes. Mais ce qui est

spécifique et formateur pour la structure et l'édification du tableau psychotique, ce sont les relations dynamiques des réactions typiques — entre le caractère, le milieu et l'expérience. Dans notre livre *Psychotherapeutischen Studien*, nous avons étudié à fond ce problème, en élargissant ses cadres, dans le chapitre consacré à la formation de la personnalité. Une systématisation quelconque dans le domaine de la paranoïa est peu fructueuse. On ne peut comprendre les paranoïaques qu'en prenant en considération leur personnalité tout entière.

CHAPITRE XI

DU DÉLIRE AMOUREUX

Nous extrayons du cycle de la paranoïa quelques cas de délire amoureux. Néanmoins, ce supplément ajouté à notre livre, ne doit pas non plus être considéré comme un tout systématique. Ce n'est qu'une ébauche qui se précise au fur et à mesure que les cas se présentent à nous et qui nous intéressent pour autant qu'ils se rapprochent du domaine du délire de relation sensitif.

Caroline Jäger, ouvrière d'usine, âgée de 26 ans ; a été mise en observation au printemps 1919. Elle croit qu'un surveillant de l'usine veut l'épouser. Il a commencé à travailler à l'usine peu de temps après qu'elle y avait été embauchée et, depuis la Pentecôte 1918, il est parti pour s'installer dans une autre ville. Elle ne l'a pas revu depuis. C'était un homme de belle prestance, de grande taille, qui avait beaucoup de succès.

Tout s'était limité à des regards. Le surveillant la regardait souvent en passant par la salle, mais ne disait jamais rien. Elle voulait le mettre à l'épreuve et décida de se lier avec un autre ouvrier. Dans ce cas également, tout s'était limité à des regards : elle jetait au jeune homme des regards par-dessus son travail. Il lui semblait alors que ses compagnes rapportaient immédiatement ces faits au surveillant. Après quoi, celui-ci ne la regardait plus de la journée.

Les remarques qu'elle entendait étaient toutes indirectes ; on ne désignait personne. Le contremaître disait, par exemple, à une de ses voisines : « Ces deux vont ensemble. » Mais, en le disant, il la dévisageait, elle. Ou bien ses camarades parlaient de celles qui avaient été décorées et ajoutaient ensuite en manière de plaisanterie : « Caroline Jäger aussi aurait mérité de l'être pour son travail assidu. » Une des ouvrières s'écriait alors : « Oh, on la mariera, cela lui sera plus agréable que la croix. »

C'était tout. Actuellement, lorsqu'on parle du surveillant, elle rougit comme une adolescente. Elle se sent gênée, son visage s'illumine et elle baisse la voix : « Pensez-vous qu'il reviendra encore me chercher ? » « Quand je le verrai s'appro-

cher, j'y croirai. » Sa parole est alors hésitante, mais sa figure exprime la confiance. Voici ce que nous apprenons sur la personnalité de la jeune fille. A l'école ses progrès étaient un peu lents. Elle n'avait pas beaucoup d'ambition. Une enfant calme, qui ne pouvait se décider à jouer avec les autres, mais qui assistait volontiers à leurs jeux. Elle n'était pas du tout peureuse, ne craignait pas les fantômes et, même dans son enfance, traversait les champs la nuit sans appréhension. Elle n'était pas timide avec les étrangers, s'adaptait vite à diverses situations, mais se liait très peu. Elle n'avait pas d'amies. Jusqu'à l'âge de 8 ans, elle vivait avec une belle-mère sévère, qui l'insultait et la battait. Néanmoins, Caroline l'aimait bien ; elle ne haïssait vraiment personne, même les gens méchants. Si quelqu'un l'insultait, elle ne répondait pas et s'en allait ; elle l'oubliait aussitôt. Elle n'était ni susceptible, ni rancunière. Elle n'avait pas de phases dépressives, ni d'idées noires ; aimait les plaisanteries et en riait. Elle était d'un naturel gai, d'humeur égale, contente, mais n'en faisait rien voir. Elle était ainsi dès son enfance. Elle aimait la vie, car tout lui faisait plaisir et elle savait s'adapter à chaque situation. Cela lui était égal que l'entourage soit agréable ou non. Elle travaillait tranquillement, ne réfléchissait pas beaucoup, ne faisait pas de projets, vivait au jour le jour. Elle était souvent placée chez des pasteurs, allait régulièrement à l'église et à l'école du dimanche, chantait des cantiques, aimait écouter les sermons, à n'importe quel sujet. Elle a été particulièrement contente d'habiter la communauté de K..., « parce que c'était tellement calme et tranquille ».

C'est la forme fondamentale la plus simple d'un délire amoureux : la forme qui exauce un désir purement autistique. La jeune fille voit un homme. Elle pense combien cela serait beau s'il pouvait l'épouser. Elle n'a pas besoin d'autre chose pour être heureuse. Elle n'a besoin d'aucun fait réel pour combler ses désirs, et aucun fait réel qui les contrecarre ne la gêne. Elle désire, et pendant qu'elle désire, l'accomplissement du vœu se réalise en elle : elle sait, elle est convaincue qu'il l'épousera. Cette auto-conviction la rend pendant des années aussi heureuse que l'est une jeune fille qui est réellement fiancée. Son comportement est celui d'une vraie fiancée : elle rougit, elle sourit lorsqu'on parle de cet homme. Le centre de gravité de sa conviction est en elle-même ; elle projette dans le réel quelques pauvres idées de relation qui ne sont que des éléments secondaires à peine ébauchés et projetés dans le réel : c'est un jeu muet des regards, quelques allusions et quelques plaisanteries de l'entourage, c'est tout.

La personnalité qui développe ce délire est très particulière. Pas débile, mais niaise, de structure affective tout à fait simple. Elle possède deux composantes principales, qui forment une prédisposition à un délire amoureux : un autisme pur et une joie calme intérieure. Du fait de son autisme, la malade n'a pas besoin qu'une réalité confirme ses fantasmes, et comme elle est constitutionnellement euphorique, ses fantasmes prennent la forme d'un délire amoureux agréablement optimiste. Ce qui est négatif chez elle, c'est manifestement un peu d'indolence et de faiblesse pulsionnelle. Elle est malléable comme de la cire ; elle peut s'accommoder de tout, elle s'adapte et se sent bien partout, spécialement où c'est « calme et tranquille ». Ainsi n'offre-t-elle à la vie aucune surface vulnérable et, comme elle n'a aucun besoin spirituel, il n'existe aucune possibilité de conflit. Elle a peu d'imagination, elle est pauvre en idées et a une affectivité peu nuancée : une image d'une personnalité renfermée, uniforme, monotone, sans aucun contraste intérieur : une âme simple.

Anna Rössler, âgée de 30 ans, habite avec ses parents. Elle est venue pour traitement dans notre service en mai 1919. Son frère préféré est mort subitement en septembre 1918. Cette mort l'a impressionnée et lui a laissé un poids sur le cœur tel, qu'elle ne pouvait en parler. Elle ne pleurait pas et était très malheureuse. A part cela, une grippe l'a laissée faible et fatiguée.

Un mois après, en octobre 1918, un prédicateur protestant vint au village. Ses prêches de Résurrection eurent un grand succès. Il était originaire du même village qu'elle, fils de parents riches. Il fréquentait la même classe qu'elle. Elle était souvent reçue dans la maison de ses parents. Dès ce moment, elle eut un penchant secret pour lui, échangea avec lui quelques lettres amicales, rien de plus. Lorsqu'il vint comme prédicateur, elle assistait à tous les services religieux. Il avait quelque chose de « subtil », il avait toujours été calme, aimable, bon. Lorsqu'elle l'entendait prêcher, elle pensait beaucoup à son frère défunt ; elle pensait qu'elle devrait être aussi aimable et calme que lui, si elle voulait le revoir au ciel. Son âme s'était élevée depuis l'arrivée du prédicateur ; elle avait la nostalgie de la Patrie Céleste. Elle lisait continuellement la Bible pour raviver en elle la parole de Dieu. Tout ce qu'elle y lisait, tout ce que disaient les gens de la paroisse, elle le rapportait à elle. Elle se sentait « dans une certaine mesure surnaturelle ». Par moments, elle pensait aussi que son frère n'était pas mort, qu'on le lui avait seulement fait croire.

A cette époque, la conviction que le prédicateur l'épouserait

s'ancrait progressivement en elle. Elle pensait qu'il serait quand même à elle, si telle était la volonté de Dieu.

Finalement, elle commença à entendre des paroles équivoques dans tout ce que disaient les gens. Elle se sentait coupable. Tous ses péchés lui revenaient à l'esprit : elle a été aussi fausse que Judas, qui sortit et se pendit. Elle aurait dû mieux ouvrir les yeux de sa belle-sœur et de son père, ils seraient devenus plus pieux. Elle se sentait visée par les sermons du prédicateur : « Si on n'est pas en règle avec soi-même, comment peut-on venir en aide à autrui ? », a-t-il dit une fois. Elle le considérait comme un saint et s'estimait elle-même comme la pire de tous.

A Noël 1918, le prédicateur s'est rendu en Allemagne du Nord. Depuis lors, elle commença à renoncer à ses espoirs secrets de mariage. L'oppression céda, elle se sentait beaucoup mieux. Guérie, elle quitta la clinique le 16-6-1919.

Elle est maigre et gracile. C'est une jeune fille calme, timide ; bon cœur, aimant la solitude. Le tapage lui a toujours répugné. Pieuse, soigneuse, laborieuse et consciencieuse jusqu'à la pédanterie. Elle travaillait très bien en classe, aimait avoir les premières places. Lorsqu'elle écrivait une lettre, elle y réfléchissait tant, qu'elle la connaissait après par cœur ; si un mot était mal écrit, elle prenait tout de suite une autre feuille. Elle ne savait jamais plaisanter, était très peureuse, facilement effrayée, sensible, susceptible et fortement irritable, mais gardait toujours tout en elle, sans extérioriser ses colères. Des petits ennuis l'empêchaient de dormir.

La vie familiale était agréable, paisible. On était aimable pour tout le monde, mais on vivait entièrement pour soi. Le père et la mère ont bon cœur, sont calmes, ne se disputent jamais. La mère est pieuse, douce, sérieuse, tendre et très délicate, elle est d'humeur égale et ne parle pas beaucoup. Le père, loyal et consciencieux, casanier, ne va jamais au cabaret et paye ponctuellement jusqu'au dernier sou. Le frère est comme lui, doux, délicat et calme ; tout le monde l'aime.

La personnalité et les prédispositions familiales de cette malade ont beaucoup de points communs avec le cas précédent : très peu de contrastes, une placidité tranquille et homogène, une bonté, une douceur constituaient l'atmosphère morale dans laquelle vivaient la malade et sa famille. De même, il y avait dans ce cas un penchant prononcé à l'autisme. On est aimable, mais on s'isole volontiers, on est bien à l'abri dans la chaude atmosphère intérieure de sa propre personnalité, bien gardée. Tel paraît être un des climats dans lesquels le délire érotomane s'épanouit le mieux.

Chez Anna Rössler, une composante sensitive ressort assez nettement : une ambition qui va de pair avec une hypersensibilité délicate asthénique et timide ; c'est pour cette raison qu'une tendance aux idées de relation à caractère sensitif se fait ultérieurement jour dans son délire. Ces idées sont liées à sa propre méchanceté et à sa faute, qu'il faut probablement rattacher aux sentiments de culpabilité qui accompagnent sa lutte intérieure contre son penchant pour le prédicateur. Ceci dit en passant.

Le délire amoureux est ici bien bénin, son évolution a été fruste pendant 9 mois et finit par guérir après que la cause du traumatisme psychique ait été écartée. Il est fort possible que le fond biologique a été dans ce cas créé par l'affaiblissement du système nerveux central à la suite de la grippe. Les excitations de l'expérience vécue y ont trouvé un terrain propice. Le délire amoureux de notre première malade a été presque purement endogène, l'apparition du surveillant dans le champ visuel de la jeune fille n'était qu'une excitation légère et momentanée, qui a fourni un point de cristallisation accidentel à son attitude vitale préformée sur le mode autistique-endogène.

La seconde malade par contre, subit, au cours du même mois, deux fortes excitations externes qu'elle élabore sous la forme d'une psychose : d'abord la mort subite de son frère qu'elle aimait tendrement, puis l'impressionnante réapparition d'un ami de jeunesse dans son rôle imposant de prédicateur. Ses deux complexes produisent ensemble une anastomose affective, comme nous l'avons exposé auparavant. L'amour pour le frère éveille, de façon typique, une accentuation de la sensibilité religieuse avec ses idées de sanctification et d'espoir en la vie éternelle. L'admiration religieuse pour le prédicateur s'y était mêlée en partie aussi, surgissant de la tendre amitié de jeunesse. Ces deux forts courants de sentiments évoluent parallèlement et manifestent une tendance à fusionner en un seul flot érotico-religieux ayant une force telle qu'il élève la malade jusqu'au sommet d'une sorte d'extase religieuse. Dans cet état d'élévation et de ravissement, elle dit : « Je me sens surnaturelle. »

Nous reconnaissons sans difficulté dans cette évolution le procédé habituel de la sublimation, la tendance à transmuter les excitations érotiques en ferveur religieuse. Cette sublimation ne réussit pas complètement. La même vague d'affect à double face, érotique et religieuse, met simultanément à jour un délire amoureux. La malade est convaincue que le prédicateur l'épousera. Ici, le contraire se produit, la rêverie religieuse ayant pour objet le prophète, vient au secours de la rêverie érotique pour l'homme.

Dans cette fusion des affects, il y a une tendance, fort compréhensible, à confondre en un les deux personnages principaux qui les concrétisent : le frère et le prédicateur. C'est ce que l'on désigne habituellement sous le terme « identification ». Le procédé est ici faiblement esquissé : lorsque la malade écoute le sermon du prédicateur, elle pense à son frère défunt. On a l'impression que l'affect érotico-religieux pour le prédicateur se ranime précisément en ce moment, en partie, parce que l'arrivée de celui-ci suit de près la mort du frère. Le prédicateur se présente alors comme une sorte de succédané pour l'amour que la malade portait à son frère. Ainsi, le vieux penchant de sa jeunesse se renforce par l'autre amour, désormais sans objet. Un bonheur de remplacement est créé par la fusion de deux personnages. Ce mécanisme que nous ne pouvons que soupçonner dans le cas présent, se précise mieux chez les malades suivants.

Johann Kerle, né le 17-11-1875. Paysan.

En novembre 1917, un homme nous a été envoyé en observation à Mergentheim, car il avait refusé de retourner au front, sa permission expirée. Il venait de la prison préventive. Il disait qu'il était injuste d'envoyer au combat les vieux célibataires, tandis que les pères de famille restaient chez eux. L'homme qui opposait cet argument singulier contre le service armé était un paysan de belle stature, large d'épaules et de grande taille. Ses cheveux étaient légèrement grisonnants. Sa figure douce et enfantine s'harmonisait agréablement avec l'expression d'une opiniâtreté que donnaient les coins des lèvres fortement tracées. Le tout donnait l'impression d'une honnêteté désarmante. Par contre, ses yeux, petits et enfoncés, qui paraissaient regarder plus en dedans qu'en dehors, tournaient avec inquiétude d'un côté et de l'autre. La perplexité et la timidité des gestes et de l'attitude contrastaient de façon étrange avec ce corps solide. Il fondit en larmes lorsqu'on se mit à parler du service actif au front ; les vibrations des muscles de sa figure reflétaient l'intensité de son émotion intérieure. Celle-ci le mettait, tour à tour, et par bouffées violentes, dans tous les états intermédiaires entre une humeur calme et une opposition pleine d'amertume. Il parlait à voix basse, l'air modeste, souvent avec hésitation, pesant ses mots, rectifiant ce qu'il disait et de nouveau coupant court à la conversation ; sa façon de s'exprimer était extrêmement vague.

Nous rapportons ici le procès-verbal du tribunal. Il avait déjà très mal pris, en pleurant, son incorporation en septembre 1916. Et lorsqu'il dut aller au front, en février 1917,

il ne put pas du tout se faire à cette idée. A cette époque déjà, il avait exposé le même argument dans une requête adressée au commandement général. Il languissait beaucoup loin des siens et comprenait mal les consignes que l'on donnait à l'instruction. Il supportait difficilement la vie au front. Il disait qu'il ne tirerait pas et qu'il se sauverait à l'arrivée de l'ennemi ; le tir l'énervait beaucoup. Il ne pouvait pas comprendre pourquoi il devait être au front puisqu'il n'avait personne chez lui. Ses frères n'y étaient pas. « Celui qui a une famille n'a qu'à la défendre. » C'est la raison pour laquelle il ne voulait plus aller au front. Il aurait volontiers donné ses biens, la seule chose qui lui appartenait ; il n'a donc pas besoin de combattre. Que sa conduite mérite une punition, chaque enfant le sait. « Mais c'est un raisonnement superficiel, tandis que ses idées ont un sens profond (1). »

(Vous savez que vous devez supporter la responsabilité de vos actes ?) « Eh oui, j'ai bien pensé à cela ; rien ne peut m'arriver de mal ; je peux me justifier devant ma conscience. Et si finalement j'étais condamné à mort, cela me serait égal. J'ai pensé qu'alors je pourrais me préparer à la mort. Cela devait alors arriver... »

« La guerre, en général, est injuste. Car tous les gens ne sont pas comme ils devraient être. La pire des choses, c'est de tuer un homme. Vous savez que celui qui tue n'aura pas de vie éternelle... »

(Êtes-vous venu à cette conviction pour des raisons religieuses ?) « Chaque homme a évidemment ses faiblesses, ainsi on fait des bêtises ; comme c'est justement le cas — comme finalement la guerre est arrivée — ce n'est pas un péché. »

« Je me laisserai plutôt tuer que de tuer un autre. Dieu merci, quand j'étais au front je n'avais pas besoin de tirer. » (Mais si on vous avait donné un ordre exprès ?) « Je ne sais pas ce que j'aurais fait dans ce cas. Ce n'est pas bien de se battre, j'ai hurlé, mais que peut faire finalement un seul homme ? Ce que je peux n'a aucune valeur dans ce cas. »

« Je considérerai comme mon devoir de laisser arriver ce qui devait arriver. Qu'on me juge comme on voudra, mais jamais je n'irai au front. » (Vous croyez que c'est une injustice, que vous seul de la famille soyez désigné pour le front ?) « Oui, je le crois. Étant donné les circonstances, je ne dois pas aller au front. Aucun de mes frères n'est au front. » (En hésitant) « En Belgique... est-ce que cela s'appelle « le front » (un de ses frères est à l'arrière en Belgique). « Si on ne prend que moi au front, cela veut dire que je suis le seul bon à être tué. »

(1) Ce que nous rapportons ci-contre n'est pas une conversation suivie, mais un certain nombre d'extraits caractéristiques qui sont rendus textuellement, dans la mesure du possible.

Il avait déjà déclaré, avant l'incorporation, qu'il ne tirerait pas ; le chef de la compagnie le savait :

Evidemment, si j'étais devenu soldat à 20 ans, j'aurais peut-être été tout autre. Je ne peux le dire, mais je le suppose. »

(Croyez-vous que c'est un tort que les autres ne pensent pas la même chose de la guerre ?) « J'ai dit ce que je pense, je ne peux forcer les gens à penser autrement. Cela ne me regarde pas. Cela serait justement comme... Je peux pourtant le penser. En général ce serait mieux si tout le monde pensait comme moi. Mais je ne peux rien faire. »

(En avez-vous parlé à vos compagnons ?) « Nous n'en avons pas discuté, sauf peut-être en passant. Tout le monde savait que je suis un peu bizarre. »

Il n'a jamais tenté de convertir les autres et il ne le fera pas. « Je ne dois pas le faire. Il y a des plus intelligents que moi. »

(Vous pourriez peut-être vous tromper ?) « Je ne le crois pas. » Personnellement, il a une profonde horreur de cette tuerie. Cela l'horrifie.

(Êtes-vous peureux ?) « Évidemment. » Il est facilement effrayé. Il ne croit pas qu'il aurait pu supporter une attaque ennemie. Il n'aime pas non plus tuer les animaux.

Il éclate en larmes à l'évocation d'une éventuelle condamnation à mort.

« Naturellement, cela ne me plairait pas, mais Notre-Seigneur me recevrait avec miséricorde. » Il préfère plutôt être condamné à mort qu'aller encore une fois au front : « Ici, au moins je peux me préparer. Et avant que je ne meure, les gens pourraient venir me rendre visite. »

A la question, si ce n'est pas une maladie mentale il répond qu'« il n'est pas comme les autres ; il doit être traité autrement ; mais il n'a pas de maladie mentale ».

Il craint beaucoup la mort.

(Quelle était donc la raison principale de votre refus ?) « Tout à la fois, toute la situation. » « On mûrit de plus en plus. Je n'avais pas ces pensées-là, il y a quelques années. Je suis né ainsi, je le crois à peine. Mon esprit était déjà comme cela, mais je ne pensais pas que cela devait arriver ainsi. »

(Désir d'être un martyr ?) « Mieux vaut mourir en martyr, j'ai déjà pensé à cela, mais pas beaucoup. Dans mon esprit s'est fait comme une inspiration divine. » (Sa conduite actuelle.)

« Cela ne peut devenir pire. Les gens se moquent de vous, si vous cherchez appui en Dieu. »

(Pourquoi vos frères devaient-ils aller au front avant vous ?) « Je ne le veux certainement pas qu'ils soient tués. » (Pourquoi donc ?) « Tout me le fait penser. » (Dites plus nettement pourquoi ?) « Non, à vrai dire non, je n'ai pas tant de pouvoir. C'était des sentiments et des idées. »

Il se disputait souvent avec ses frères, parce que précisément il n'était pas fait pour cette vie. « C'est pourquoi je ne suis pas encore marié. » Ses frères et lui s'aiment bien. Mais il ne partageait jamais leurs opinions, parce que précisément il était « un homme à part » ; les frères étaient tous de l'autre bord. « Ils sont peut-être plus intelligents que moi, ils ont l'habitude du monde, ils ont fait leur service militaire. » Il ne fréquente plus ses camarades depuis des années. Il a pensé : « Je suis un pauvre bougre », et il préférerait rester chez lui.

Une fois, il a pensé au mariage. A ce moment apparaît une histoire d'amour importante qui, d'après ses propres dires, doit être racontée en s'appuyant sur les dossiers et les dépositions de son frère et le contexte de toute sa vie.

Kerle, né dans un petit village perdu, y a vécu jusqu'à ce jour. Il n'a pas voyagé beaucoup ; il a pris le train pour la première fois à 21 ans. Il ne s'intéressait pas beaucoup aux choses de l'extérieur. Il aimait tendrement ses parents. Son père, paysan aisé, fermier, chasseur, conseiller municipal, aurait été un homme particulièrement bienveillant. Si on le fâchait, il demeurait très calme. Il pleurait facilement ; il avait tout de suite des larmes aux yeux. Il était réservé, économe, soucieux, calme, bon avec ses enfants. « Il n'avait pas d'idées avancées et n'est pas « arrivé » dans la vie. » Le fils aîné qui était plus pratique et plus intelligent que son père, lui donnait souvent des conseils. Il était très pieux, sa mère aussi. Elle vit toujours ; est très âgée. Elle est douce, pleure facilement mais a été plus énergique et plus habile que le père. Elle le « soutenait un peu. » Lui-même aurait besoin d'une femme de ce genre, dit-il. Elle était bonne pour les enfants, mais sévère au besoin. Elle était aussi très pratiquante, tranquille et réservée, pas très sociable. Les autres frères du malade ont un caractère moins affable que celui de leurs parents. Ils sont laborieux et sympathiques (le frère qui est interrogé fait bonne impression par son amabilité et par sa franchise) ; le malade vit dans la ferme paternelle avec la famille d'un frère marié. Il travaille dans la ferme. Le grand-père maternel était un « original », il avait une manière de vivre de « l'ancien temps », allait souvent à l'église, portait jusqu'à la fin de sa vie ses habits d'autrefois ; n'acceptait aucune nouveauté et vivait tout à fait à l'écart.

Kerle lui-même, dès son enfance, n'était pas comme les autres ; se tenait à l'écart, ne courait pas dans la rue avec les autres, et préférait rester tout seul à la maison. Il pense qu'il n'était pas aussi doué pour l'école que ses frères et sœurs ; il comprenait difficilement mais se maintenait quand même dans la moyenne. Son frère assure qu'on ne peut dire que le malade soit bête... « Il sait bien des choses mieux que moi », surtout il est très au courant des travaux de ferme. Dès sa jeunesse, Kerle était doux et craintif à l'école ; il pleurait souvent ; il avait souvent à cette époque des maux de tête et saignait fréquemment du nez. Il avait peur de sortir la nuit. Maintenant encore, il aime parcourir seul les bois et les champs. Lorsqu'on lui demande s'il a déjà été vraiment heureux une fois, il répond que jamais « ça c'est un peu inné en moi, je pense ». Il n'a pas une humeur agréable, ne peut pas beaucoup fréquenter les gens. « Je voudrais vivre, suivant ma destinée ; que Notre-Seigneur m'aide à le faire. » Il sait lui-même qu'il n'est pas comme les autres ; il pleurait souvent lorsqu'il entendait quelqu'un dire qu'il était bizarre.

De plus, surtout lorsqu'il était plus jeune, il était très irritable et avait souvent des discussions lorsqu'on se moquait de lui ou lorsqu'on n'avait pas assez d'égards pour lui. Il y a deux ans, il a dû payer une amende de 5 marks pour avoir donné un coup de cravache à un Français qui refusait d'obéir. En dehors de cela il n'a eu, lorsqu'il était petit, qu'une amende de 1 mark pour avoir troublé, avec d'autres garçons, la tranquillité publique. Il le raconte en s'excusant beaucoup. De lui-même il préfère ne pas se disputer et il est content si on le laisse tranquille. Le frère confirme que le malade ne peut supporter aucune contradiction, même dans les affaires courantes de la ferme. Il est entêté et il y a des cas où il vaut mieux ne pas discuter avec lui. Il n'a jamais parlé de sa vie intérieure ; pendant des années, il ne disait rien de ce qui se passait en lui. Mais, pour le reste, il est franc, même « trop franc ». Il dit franchement ce qu'il a à dire. « Il ne sait pas finasser. » Il aurait pu épouser la fille d'un riche paysan, mais ne l'a pas fait ; il ne tient pas compte des avantages pratiques. Il a préféré rester chez son frère, pour lequel il travaillait de son mieux et de façon désintéressée ; il est très économe pour lui-même. Mais il faut le traiter avec égards, car il se sent facilement amoindri ; il pense que ses familiers et d'autres personnes veulent le tenir à l'écart. Il se vexe facilement, mais se réconcilie vite après une discussion. Il dit de lui-même qu'il est timide, « gêné », rapidement « bloqué ». Il hésite longtemps avant de prendre une décision.

Il s'est toujours beaucoup intéressé aux questions religieuses. Il va régulièrement à l'église. Mais il aime avant tout lire la Bible pour lui tout seul. Dans la vie quotidienne, il cite également beaucoup de textes bibliques, auxquels il donne un sens spécial. Toutes ces idées viennent bien elles-mêmes, elles ne lui sont pas suggérées.

Par exemple, jamais il n'allait, pour des raisons religieuses, à une réunion électorale ; il se considérait plus pieux que ses frères, car ces derniers avaient plus de contact avec le monde. Ses frères disaient souvent : « Il a une folie religieuse. » Mais, jamais il ne se faisait passer pour un prophète. Il pratiquait sa religion à sa manière, de façon réservée. Ses conceptions morales rigides lui faisaient prendre très au sérieux sa manière de vivre irréprochable, modeste et honnête. Il ne pensait jamais aux filles, sauf lors de son histoire amoureuse. Il allait au café seulement lorsqu'il y était contraint.

Il avait déjà, en temps de paix, une opinion personnelle au sujet de la guerre et de l'armée. Jamais je ne m'engagerai, disait-il fréquemment et au cours des altercations avec ses frères il employait souvent cette expression : « Même si tu es caporal. » Il ne faisait que lire la Bible et ne voulait rien savoir de la politique. « Si tous les gens avaient été justes, on n'aurait pas besoin de guerre et d'armée », disait-il, longtemps avant la guerre. Il ne reconnaissait pas l'obligation militaire pour défendre la patrie :

Pour moi, ils peuvent venir (les ennemis), chacun aura moins, tout le monde sera égal, pour moi cela sera pareil. Maintenant cela va bien pour certains et mal pour les autres ; les uns ramassent des fortunes, les autres doivent l'expier durement. Les gens le disent, mais on s'en aperçoit soi-même aussi. J'aurais aussi été très content si j'étais marié. Les célibataires sont punis, et ceux qui ont beaucoup d'enfants doivent rester à la maison. Ainsi, je n'étais pas heureux de n'être pas marié. Il ne connaît pas grand-chose des autres pays ; il n'a jamais lu les journaux. L'Allemagne est plus belle que la France, il n'a jamais vu d'autres pays. Chez lui tout est mieux en ordre, on travaille mieux. Ce qu'il a vu en France comme constructions n'est pas fameux. Mais en France, on ne voit pas tant de vanité, tant d'orgueil ; ils habitent dans des cabanes. En réfléchissant il a trouvé que la politique est une mauvaise chose. « Je ne suis pas un politicien, je ne peux suivre la politique. Si on réfléchit bien, les uns et les autres ont raison. Si tous agissaient selon la justice... »

Lorsque ses frères l'avaient forcé à voter pour le Parlement, car leur oncle était candidat, il a mis un bulletin pour chaque candidat, pour que son vote ne soit pas valable. Il en rit lui-même encore aujourd'hui, en le racontant. Il pensait : « Celui-ci peut

avoir raison comme l'autre. » L'adversaire de son oncle, Schulz, non plus n'est pas un mauvais bougre. En même temps, il voudrait embêter aussi le maire avec ces bulletins de vote, car pensait-il : « Celui-ci ne m'est non plus d'aucun secours. »

Autrefois, il a eu aussi un différend avec le maire. Lors de ses promenades solitaires, il avait une fois coupé des branches à de jeunes sapins de la forêt municipale pour que les gens ne les volent pas pour des arbres de Noël. Il pensait que le maire l'avait injustement puni pour cet acte d'utilité publique, acte que personne n'avait sollicité. Alors, en colère, il tenait contre le maire ces propos : « Les célibataires et les veufs âgés (c'était pour Schultz) ne devraient pas être nommés maires. » Les célibataires n'ont pas les mêmes intérêts que les gens mariés qui se préoccupent de leurs enfants. Depuis, il ne saluait jamais le maire et a toujours gardé son opinion.

Voici ce qu'était son amour : A 25 ans, il rencontra au bal, où il allait encore de temps en temps à cette époque, une jeune fille du village voisin. Il pensait qu'elle pouvait être celle qu'il lui fallait. Encore aujourd'hui, il ne l'a pas oubliée. Dès le début, elle ne lui montrait pas beaucoup de sympathie, car, pensait-il, il était « un gars stupide ». Lorsqu'il voulut danser encore une fois avec elle, elle fit des manières et il se rendit compte qu'elle n'aimait pas beaucoup rester avec lui. Il faut reconnaître qu'il dansait mal. Depuis ce temps, il s'isolait de plus en plus, n'allait plus au bal, même pas chez ses camarades. Peu de temps après avoir fait la connaissance de cette jeune fille, il lui écrivit une lettre dans laquelle il la demanda formellement en mariage ; elle lui répondit par lettre. Mais il n'a jamais pu y voir clair. Il n'a jamais conclu de sa lettre qu'elle refusait. Mais il pouvait s'agir aussi d'un refus. Il est possible qu'elle ne voulait pas de lui, mais il ne peut y croire totalement. Il l'a vue souvent passer dans le village, mais il n'a jamais pu parler avec elle. Il aurait pu courir après elle, mais cela n'aurait pas été convenable. Ainsi, il pensait toujours à elle, ruminait ses idées, il « gardait tout cela pour lui », il n'en parlait qu'à sa mère. Il n'a pas bien compris comment il fallait s'y prendre (en matière de mariage). Tout venait peut-être de lui.

Il a eu une période difficile lorsque peu de temps après, elle en eût épousé un autre. Il ne pouvait plus se sortir cette affaire de la tête. Il s'était dit à ce moment qu'il ne se marierait jamais. Toutefois, dès l'annonce de ce mariage, il doutait que cela fût vrai ; il ne croyait déjà pas beaucoup aux fiançailles. Il se rappelle bien avoir été à l'église lors de la proclamation des bans. Il a bien entendu à ce moment. La première fois, il a eu

peur un instant. Puis il a pensé : « En fin de compte, ce n'est pas vrai. » Cette idée lui revient toujours. Dès lors, il pense toujours, et encore aujourd'hui, que le mariage aurait pu être « truqué ». Il n'a pas de prétexte suffisant pour demander des renseignements : cela aurait pu être un coup monté par toute sa famille pour le mettre à l'épreuve. Il expose tout cela comme une vague supposition ; il n'a pu se faire une idée bien arrêtée à ce sujet. Lorsqu'il a vu les deux jeunes gens agenouillés devant l'autel, il a pensé que cela devait quand même être vrai.

C'est pour cette raison que je suis plongé dans une vie spirituelle. Lorsqu'il arrive un moment aussi grave, il faut prier.

Le frère raconte qu'il était longtemps très déprimé à cette époque et était plongé pendant toute la journée dans ses idées.

Depuis le refus de la jeune fille, il s'est aperçu également que les gens parlaient de lui et le surveillaient. Lorsque les garçons de ferme claquaient les fouets dans la cour, c'était pour se moquer de lui. Partout, dans la famille, et lorsqu'il se rendait dans les villages éloignés, on était au courant de son infortune, « c'est bien simple, partout ». Il ne savait pas ce que les gens voulaient dire en parlant de lui, mais « c'est bien ce qu'il entendait ». Rien ne s'est arrangé pendant les 17 années écoulées depuis. Encore maintenant, à l'hôpital, où il n'y a que des inconnus, l'idée lui vient de temps en temps qu'ils connaissent cette vieille histoire. D'ailleurs, même dans l'enfance, il avait cette particularité, « qu'il n'était pas sûr de ce qu'il faisait », qu'il pensait volontiers que les autres parlaient de lui. Depuis le mariage de la jeune fille, il était mal à l'aise, surtout à l'église ; il remarquait combien il « attirait l'attention ». Ce qu'il peut affirmer, c'est que la chose a été débattue dans le village et que tout le monde était au courant. Le pasteur également. Il le visait toujours dans ses sermons, un peu pour le consoler, un peu en manière de reproche. Depuis ce temps, Kerle ne fréquentait plus l'église de sa paroisse, mais allait seul tous les dimanches à l'église du village voisin.

Beaucoup d'années s'étaient écoulées, lorsqu'en 1911, cet homme jusqu'à présent très ponctuel et laborieux, abandonna tout pour se rendre chaque matin à Stuttgart, en prenant le train à une station éloignée. Cela fit sensation. Il revenait de la même station tard dans la soirée. Ceci se reproduisit pendant presque une année, été et hiver, qu'il pleuve ou qu'il neige, tous les jours. On apprit alors que cet homme de 35 ans s'était épris d'une servante qui avait travaillé à la ferme. Mais lui-même n'y voyait pas clair. Il n'avait pas d'intentions précises et, à vrai

dire, ne voulait pas l'épouser. Il confia à son frère qu'il voulait se marier avec la jeune fille qu'il avait aimée et que la servante à laquelle il est attaché vienne servir chez lui (tout cela était énoncé en toute naïveté et sans arrière-pensée). S'il le fallait il épouserait la servante, si la première jeune fille ne voulait plus de lui. Peu de temps après, la servante trouva une place à Stuttgart. Kerle commença alors son cycle de voyages, car il s'ennuyait beaucoup d'elle. Elle s'était embauchée dans un bar, où il la retrouva. Après quelques jours, elle lui a demandé de ne plus revenir, car à cause de lui elle était devenue la risée d'autres jeunes filles. Elle ne voulait plus avoir affaire à lui. Depuis, il n'a plus mis les pieds aux champs. Il faisait journellement ce long voyage, pour passer une fois devant la maison où elle travaillait, car il pensait : « Personne ne peut me le défendre. » Il pleurait beaucoup parce qu'elle ne lui parlait plus. Mais ces voyages le soulageaient, ce qui n'aurait pas été le cas s'il n'avait pas vu la maison où la jeune fille travaillait.

Tel fut son comportement pendant un an environ, au grand chagrin de sa famille et de ses voisins. Il ne se laissait détourner en rien de son idée opiniâtre, malgré leurs violentes insistances. Finalement, la mère du malade qui, comprenant au mieux l'état psychique de son fils, incita sa première bien-aimée, devenue entre-temps une paysanne vieillissante, mère de 5 grands enfants, à écrire une lettre au malade. Dans cette lettre, elle lui demandait de ne plus gaspiller son argent pour ces voyages déraisonnables ; qu'elle était mariée depuis longtemps et que jamais elle ne pourrait l'épouser. A partir de ce jour, il cessa ses voyages ; il avait maintenant « plus de lucidité ». Il reprit avec la même assiduité son travail. L'argent qu'il possédait ne le réjouissait pas. Il aurait bien voulu le donner à quelqu'un et travailler « pour se tirer d'affaire » comme un homme qui n'a rien à gagner et rien à perdre. Il disait simplement : « Il a été dit que je n'aurai pas de femme. »

Mais tout ceci n'a été qu'une solution superficielle à son expérience amoureuse. Tout se liait ensemble, même le fait que maintenant il ne voulait pas faire la guerre. En y réfléchissant bien, il arrivait à cette conclusion : « Comment peut-on se sentir à l'aise si on a sur le cœur une chose pareille ; évidemment, de temps en temps, on a des moments agréables. » Il devenait très sérieux en abordant ce sujet. Il n'est jaloux de personne, « on ne doit pas être envieux. D'autres ont une vie meilleure ; ils savent mieux faire. » Mais parfois, il était très peiné de ne pas avoir mieux réussi.

Encore aujourd'hui, lorsqu'il voit passer dans la rue les

enfants de sa première bien-aimée, il lui arrive de dire à son frère : « A vrai dire, à qui sont ces enfants ? Ils ne sont pas à elle, mais à des amis. » Il s'accroche à l'idée que des parents avaient prêté des enfants à cette femme, pour l'induire en erreur. Elle, en réalité, n'est pas encore mariée, elle l'attend. De temps en temps, il y croit fermement. « Il a la conviction intérieure », que ce mariage n'était qu'un simulacre, « mais lorsque après je vois tout cela, je dois quand même penser le contraire. Sans cela je ne serais pas allé à Stuttgart, tout ne se serait pas passé ainsi, je pense ». Peut-être est-ce encore possible qu'elle veuille l'épouser, mais alors il fallait qu'elle le lui dise. « Et pourquoi ce n'est pas vous qui devriez le lui dire ? — Eh bien, ce n'est pas comme il faut, lorsque la femme est déjà mariée et qu'elle a des enfants. » Même si son mari est tué à la guerre, il ne voudra pas l'épouser, non, pas cela. « Vous avez donc encore maintenant un secret espoir ? — Oui, un espoir », répond-il rapidement et avec joie. Mais on pourrait le prendre pour un imbécile, s'il le lui disait. Il n'y peut rien, il a toujours cet espoir. Lorsqu'il la voit de loin, il est tout heureux. Il se console et pense : « Il y aura du mieux. Si cela va comme je le crois, cela ira encore bien pour moi. Je ne sais pas... »

En résumé : le paysan Kerle, âgé de 25 ans, a essuyé un refus en courtisant une jeune fille. Une paranoïa chronique se développe immédiatement après cet événement. Ce n'est qu'accidentellement, pour des raisons d'ordre militaire, qu'à 42 ans, il est mis en observation. La paranoïa est alors en plein épanouissement. Le tout se présente plutôt comme une évolution intérieure, qui ne détruit nullement la structure de la personnalité. Elle laisse plutôt apparaître et éclaire toutes les faces de l'originalité paysanne du malade. L'activité professionnelle en est très peu perturbée, en général. Les images délirantes internes s'extériorisent seulement de temps en temps et revêtent la forme d'une conduite baroque de cet homme diligent, laborieux et aimé.

Les mécanismes psychopathologiques qui édifient cette paranoïa se laissent diviser en deux séries différentes d'évolution : une partie est un délire de relation sensitif d'une coloration typique : l'échec des espoirs amoureux est élaboré en tant que sentiment d'insuffisance humiliante et il est converti en idées de relation correspondantes.

L'autre partie est une psychose de désir, un délire amoureux chronique, avec des mécanismes catathymes extrêmement sensibles. Ce délire se caractérise avant tout par une aptitude très intéressante aux déplacements réitérés d'investissement affectif sur des objets de remplacement et par une identification partielle

dans le sens freudien de deux personnes aimées. Ceci apparaît ici plus nettement encore que dans le cas Rössler.

La structure de la psychose de désir amoureux est en quelques mots la suivante : Kerle croit que la jeune fille qu'il a aimée en vain autrefois, reviendra un jour et l'épousera, alors qu'elle est mariée depuis longtemps dans le même village et qu'elle a déjà vieilli. Lorsqu'il voit ses grands enfants dans la rue, il dit :

A qui donc sont ces enfants ? Ils ne sont pas à elle, mais ce sont des enfants de ses parents.

Cette fiction est fermement maintenue, mais précisément de façon caractéristique pour une fiction autistique. Elle n'est pas complètement intégrée dans la réalité des choses concrètes. On le voit clairement lorsque, pendant la guerre, la possibilité réelle d'épouser la veuve après la mort possible de son mari se présente comme concevable. A l'évocation de cette éventualité, Kerle s'en défend énergiquement. L'idée lui paraît visiblement choquante d'épouser cette femme vieillissante. Il ne l'aime pas, mais il aime son *imago*. Ceci prouve remarquablement que la formation délirante du paranoïaque est rarement une certitude grossière dans le sens d'une simple intégration de l'idée dans un ensemble qui est imparfaitement lié à la réalité, comme, le plus souvent, l'homme normal le suppose à tort. Chez notre malade, l'idée paranoïaque plane plutôt au-dessus de la réalité sans en être nettement séparée. C'est une certitude subjective, la plus immédiate, mais faite d'une autre substance que la réalité. Elle est beaucoup moins la réalité que la fuite de cette réalité. A tous ces égards, elle ressemble beaucoup à la croyance religieuse d'un individu normal.

Dès lors commencent les déplacements des affects. Kerle s'éprend par la suite d'une autre jeune fille, sa servante, une sorte d'amoureuse de remplacement. Il ne sait pas lui-même, si c'est elle l'objet de son amour. Elle s'en va à Stuttgart et se place dans un bar. Pendant des mois, Kerle quitte son village perdu, fait un voyage de plusieurs heures en chemin de fer pour passer devant le bar, seulement une fois par jour. Il ne voit pas la jeune fille, car elle ne veut rien savoir de lui et le repousse brutalement. Malgré cela, ce voyage lui apporte un soulagement. Sur l'incitation de sa mère, son ancienne amoureuse, la vraie, lui écrit en lui conseillant de cesser ces voyages déraisonnables. Elle l'assure qu'elle-même est mariée depuis longtemps et lui demande de se calmer enfin. Après cette lettre de la vraie bien-aimée, Kerle interrompt immédiatement et définitivement ses voyages, qui avaient pour but de voir sa seconde amoureuse, celle de remplacement.

C'est une belle démonstration expérimentale du déplacement des affects violents de son véritable objet A sur un objet de remplacement B. Toutefois, l'affect B (concernant l'amoureuse de remplacement) reste dans le fond toujours l'ancien affect A et se laisse seulement influencer et supprimer par A (la première amoureuse). Kerle se crée divers bonheurs pour remplacer le bonheur que l'amour de ses jeunes années n'a pu lui donner : d'abord dans le délire amoureux, avec le thème que la jeune fille pourrait encore l'épouser ; ce délire le rend heureux, remplit toute sa vie intérieure ; deuxièmement, il se crée momentanément un bonheur factice par le simulacre d'amour pour la seconde jeune fille. Et, pour ce second amour également rejeté, un troisième bonheur factice dans le va-et-vient devant le bar.

On s'aperçoit facilement que le délire amoureux est ici un rameau particulièrement avancé du tronc de la personnalité. L'élaboration autistique et catathyme de l'expérience constitue, par ailleurs, son signe distinctif général. Nous trouvons par conséquent chez Kerle, outre le délire amoureux, des idées paranoïaques les plus diverses : interprétation sectaire de la Bible, bizarreries politiques amusantes et peu courantes ; conflits avec l'autorité supérieure du village ; refus de prendre les armes ; opinions sur la guerre et sur la propriété et beaucoup d'autres bribes de pensée et de lubies d'un original. On voit très nettement aussi dans ces dispositions de Kerle les germes de tendances prophétiques sectaires et réformatrices du monde décrites par Kraepelin. Ce qui est une orientation proche de l'évolution de la psychose paranoïaque de désir.

On peut trouver encore dans le délire sensitif et dans la paranoïa de désir de Kerle, à côté de ces éléments, une composante de ressentiment légèrement ébauchée. Kerle a l'impression d'être un « lourdaud » et un « nigaud ». Il se sent diminué par rapport à ses frères et aux autres hommes. Il présente, en particulier, le complexe d'infériorité « d'un célibataire », et c'est là un des ressorts principaux et importants de son refus paranoïaque de prendre les armes. A d'autres occasions, cet état se manifeste dans les propos assez amusants proférés contre le maire.

Autant que la psychose de Kerle, le tableau de sa personnalité est plus complexe que celui des deux malades décrits précédemment. Mais, ne revenons pas ici sur les éléments sensitifs. Abstraction faite de ces derniers, Kerle, fortement autistique, montre une bonté de cœur et une franchise extrêmes. Sur l'arrière-fond dépressif de son psychisme se manifeste un humour baroque et un optimisme d'une naïveté puérile avec le sentiment qu'un jour il faudrait que cela aille mieux.

La tendance à satisfaire par l'imagination les désirs non réalisés est une particularité commune à tous les humains. On ne devra donc pas considérer cette tendance comme étant liée au seul type des personnalités rentrant dans le cadre de la paranoïa. Ceci est vrai spécialement pour le délire amoureux. Toujours est-il que l'on distingue également ici divers types. Un type plus sthénique qui s'approche du caractère querulent représenté par les persécutrices amoureuses inlassablement agressives et parfois haineuses décrites par Heilbronner. Dans ces cas, les fortes tensions passionnelles contribuent à former un tableau paranoïaque mouvementé et souvent très dramatique.

En partant de là, il existe des transitions vers les types de personnalité plus superficielle, se manifestant par des jeux de coquetterie avec tendance à des réactions hystériques. Grâce à leur imagination labile, ils peuvent également développer certaines formes de délire amoureux.

Par contre, dans les trois formes de délire amoureux présentées ici, chaque personnalité est construite de tout autre façon. Elles ont seulement en commun, avec les types décrits plus haut, la forte tendance à la pensée catathyme. Ce type s'approche plus, sans le couvrir complètement, du type sensitif, par leur façon d'être plus passive, plus douce, et par le fort repliement sur eux-mêmes. Deux de nos trois cas présentent donc, en même temps qu'un délire amoureux, un délire sensitif. Inversement, nous avons parfois observé des prédispositions aux psychoses de désir amoureux chez nos sensitifs. Nous pourrions presque désigner comme autistique-euphorique la base affective commune de nos trois cas de délire amoureux. Le moment euphorique d'une satisfaction intérieure intime se manifeste chez les jeunes filles de façon assez simple, tandis que chez Kerle un certain humour et un certain optimisme puéril se développent contradictoirement sur un fond dépressif. Tous les trois pourraient être désignés comme des « simplets », non au point de vue intellectuel, mais plutôt en raison d'une naïveté pusillanime et d'une confiance conditionnée par leur état affectif. Dans aucun de nos cas, du groupe de délire érotique, on ne trouve de violentes tempêtes affectives et, abstraction faite de l'orientation sensitive secondaire, il n'existe pas de tensions internes qui soient en opposition prononcée. L'amertume de la vie extérieure est plutôt estompée de façon autistique et se résout en une calme satisfaction intérieure :

Si je vais être encore comme je pense, un jour ça va aller bien pour moi. Je ne sais pas...

BIBLIOGRAPHIE

(Ausgedehnte Verzeichnisse für das Gebiet der Paranoia bei SCHNIZER, *Die Paranoiafrage*, und KRUEGER, *Die Paranoia*.)

- BETZ (Konrad), Sensitive Wahnbildungen nach Ehebruch, *Arch. Psychiatr.*, 181, 294 (1948).
- BIERNBAUM, Über degenerativ Verschrobene, *Zbl. Nervenheilk.*, 1906.
- *Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten*, Halle, 1908.
- Über vorübergehende Wahnbildung auf degenerativer Basis, *Zbl. Nervenheilk.*, 1908.
- *Über psychopathische Persönlichkeiten*, Wiesbaden, 1909.
- Dementia praecox und Wahnpsychose der Degenerativen, *Zbl. Nervenheilk.*, 1909.
- BJERRE, Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia, *Jb. psychoanal. u. psychopath. Forsch.*, 3, 795.
- BLEULER, *Affektivität, Suggestibilität, Paranoia*, Halle, 1906.
- Wahnhafte Einbildungen der Degenerierten, *Zbl. Nervenheilk.*, 1909.
- *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin, Springer, 1916.
- BOEGE, Die periodische Paranoia, *Arch. Psych.*, 43 (1908).
- BONHOEFFER, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen, *Zbl. Nervenheilk.*, 1907.
- Ebenso. *Sammlung zwangloser Abhandlungen a. d. Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten*, 7, H. 6.
- Wie weit kommen psychogene Krankheitszustände und Krankheitsprozesse vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind?, *Allg. Z. Psych.*, 68 (1911).
- BUDER, Über Querulantenwahn, *Allg. Z. Psych.*, 69, 492.
- EWALD (Gottfried), Temperament und Charakter, *Monographien aus dem Gesamtgebiet der Neurologie und Psychiatrie*, Berlin, Springer, 1924.
- FREUD, Charakter und Analerotik, *Psychiatr.-neur. Wschr.*, 9, 52 (1908).
- Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, *Jb. psychoanal. psychopath. Forsch.*, 1 (1909).
- Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides), *Jb. psychoanal. psychopath. Forsch.*, 3 (1911).
- FRIEDMANN, *Über den Wahn*, Wiesbaden, 1894.
- Beiträge zur Lehre von der Paranoia, *Mtschr. Psychiatr.*, 17 (1905).

- GAUFF, Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia, *Zbl. Nervenheilk.*, 1910.
 — Über den Begriff Hysterie, *Z. Neur., Orig.-Bd.*, 5 (1911).
 — *Zur Psychologie des Massenmörders. Verbrechertypen* (Grühle und Wetzel), Berlin, 1914.
 — Der Fall Wagner, eine Katamnese, *Z. Neur.*, 60 (1920).
 — Die dramatische Dichtung eines Paranoikers über den Wahn, *Z. Neur.*, 69 (1921).
 — Vom dichterischen Schaffen eines Geisteskranken, *Jb. Charakt.*, 1926.
 — ROBERT sen., Krankheit und Tod des paranoischen Massenmörders Hauptlehrer Wagner, eine Epikrise, *Z. Neur.*, 163, 48 (1938).
 — Zur Lehre von der Paranoia, *Z. Neur.*, 174 (1942).
 — Zur Lehre von der Paranoia, *Nervenarzt*, 18, 167 (1947).
 GIERLICH, Über periodische Paranoia, *Arch. Psych.*, 40 (1905).
 GUTSCH, Beitrag zur Paranoiafrage, *Z. Neur., Orig.-Bd.*, 38 (1918).
 HEILBRONNER, Hysterie und Querulantenwahn, *Zbl. Nervenheilk.*, 1907.
 HÖSSLIN, Die paranoiden Erkrankungen, *Z. Neur., Orig.-Bd.*, 18 (1913).
 JANET, *Les obsessions et la psychasthénie*, Paris, 1903 (2 Bände).
 JASPERS, Eifersuchtswahn, *Z. Neur., Orig.-Bd.*, 1 (1910).
 — *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin, Springer, 1913.
 KEHRER, Der Fall Arnold. Studie zur neueren Paranoialehre, *Z. Neur.*, 74 (1922).
 — Erotische Wahnbildungen sexuell unbefriedigter weiblicher Wesen, *Arch. Psych.*, 65 (1922).
 — und KRETSCHMER, *Die Veranlagung zu seelischen Störungen*, Berlin, Springer, 1924.
 KLEIST, Die Involutionenparanoia, *Allg. Z. Psych.*, 70 (1913).
 KOCH, *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*, Ravensburg, 1891.
 KRAEPELIN, *Psychiatrie*, 8, Aufl., Bd. 4 (1915).
 KRUEGER, *Die Paranoia*, Berlin, 1917.
 LACAN (Jacques), *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Librairie E. Le François, 1932.
 LANGE (I.), *Die Paranoiafrage* (in *Aschaffenburgs Handbuch*), Leipzig u. Wien, Deuticke, 1927.
 LANGELÜDDEKE, Zur Frage des sensitiven Beziehungswahnes, *Allg. Z. Psych.*, 84 (1926).
 LIPPS, *Leitfaden der Psychologie*, Leipzig, 1909.
 LOMER, Wahn und Persönlichkeit, *Zbl. Nervenheilk.*, 1905.
 — Einige Wurzeln der Wahnbildung im Alltagsleben, *Psych.-Neurol. Wochenschr.*, 1905.
 MAGNAN, *Psychiatrie Vorlesungen*, Leipzig, 1891.
 MAIER, Über katathyme Wahnbildung, *Z. Neur., Orig.-Bd.*, 13 (1912).
 MARGULIÈS, Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia, *Mschr. Psychiatr.*, 10 (1901).
 MORAVCSIK, Über paranoische Geistesstörungen, *Allg. Z. Psych.*, 72 (1916).
 NEISSER, Individualität und Psychose, *Berl. klin. Wschr.*, 1905.

- PFEIFFER, Über das Krankheitsbild der circumscribten Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee, *Mschr. Psychiatr.*, 19.
 RAECKE, *Der Querulantenwahn. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens*, München, J. F. Bergmann, 1926.
 RÜDIN, Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten, *Habilitationsschrift*, 1909.
 SCHNEIDER (K.), Zur Frage des sensitiven Beziehungswahns, *Z. Neur.*, 59 (1920).
 SCHNIZER, Die Paranoiafrage, *Z. Neur., Ref.-Bd.*, 8 (1914).
 — Zur Paranoiafrage, *Z. Neur., Orig.*, 27 (1915).
 SIEFERT, *Über Geistesstörungen der Strafhaft*, Halle, 1907.
 STRANSKY, Die paranoiden Erkrankungen, *Z. Neur., Orig.*, 18 (1913).
 TILING, *Über die Entwicklung der Wahnideen und Halluzinationen aus dem normalen Geistesleben*, Riga, 1897.
 — Zur Paranoiafrage, *Psychiatr.-neurol. Wschr.*, 1901.
 — Zur Ätiologie der Geistesstörungen, *Zbl. Nervenheilk.*, 1903.
 — *Individuelle Geistesartung und Geistesstörung*, Wiesbaden, 1904.
 — Clemens Neisser : Individualität und Psychose, *Allg. Z. Psych.*, 62, und *Zbl. Nervenheilk.*, 1906.
 WERNICKE, *Grundriss der Psychiatrie*, 1906.
 WETZEL, Das Interesse des Staates im Kampfe mit dem Recht des Einzelnen, *Mschr. Kriminalpsychol.*, 12 (1922).
 WILMANS, Zur klinischen Stellung der Paranoia, *Zbl. Nervenheilk.*, 1910.
 — *Über Gefängnispsychosen*, Halle, 1908.
 — Zur Differentialdiagnostik der « funktionellen » Psychosen, *Zbl. Nervenheilk.*, 1907.
 ZIEHEN, *Psychiatrie*, Leipzig, 1908.
 — Eine neue Form der periodischen Psychosen, *Mschr. Psychiatr.*, 3.
 — Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen, *Charité-Annalen*, XXIX.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
AVANT-PROPOS A LA TROISIÈME ÉDITION ALLEMANDE	V
AVANT-PROPOS A LA DEUXIÈME ÉDITION ALLEMANDE	VII
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Psychogène et paranoïaque. Idée prévalente et paranoïa abortive	19
— II. — De la théorie psychiatrique du caractère ..	30
— III. — Délire de relation érotomaniaque de vieilles filles	62
— IV. — Le délire des masturbateurs	116
— V. — Autres conflits psychiques à caractère érotique	137
— VI. — Conflits professionnels	148
— VII. — Les variantes caractérielles	163
— VIII. — Névroses de relation habituelles	197
— IX. — Résumé et délimitations	209
— X. — Les structures pulsionnelles et les dispositions endogènes	262
— XI. — Du délire amoureux	272
BIBLIOGRAPHIE	291